

UNIVERSAL
LIBRARY

OU_224487

UNIVERSAL
LIBRARY

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سر جیکل ایپلائڈ انامی

جراحی اطلاق تشریح

جلد اول
آٹھواں ایڈیشن
مصحفہ

سرفریڈرک ٹریوزیر ونٹ
بنظر ثانی

سی سی چوٹس۔ سی ایم جی ایس بی۔ ای بی بی۔ ایس سی این۔ زیڈ ایم۔ ڈی (ایڈیٹر) ایف آر سی ایس (مکمل)

ڈاکٹر غلام ونگیر صاحب ایم بی بی۔ ایس، منشی فاضل۔ کرن شتر تالیف و ترجمہ جامعہ اسلامیہ
۱۳۵۶ھ ۲۴ مئی ۱۳۵۶ھ ۱۹ مئی ۱۳۵۶ھ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

یہ کتاب سرزمینِ ایںدکینی لندن کی اجازت سے
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں
ترجمہ کر کے طبع و شائع کی گئی ہے۔

فہرست مضامین

جراحی اطلاقی تشریح

جلد اول

حصہ اول - سر اور گردن

صفحہ	باب
۱	۱ چاندلی
۱۵	۲ تجملہ کی غلطی مجرا بی چھت
۴۰	۳ مشمولات تجملہ
۶۱	۴ محجر اور آنکھ
۹۶	۵ کان
۱۱۵	۶ ناک اور انفی کہنے
۱۳۴	۷ چہرہ
۱۶۷	۸ منہ زبان، خنک اور بلعوم
۱۹۳	۹ گردن
	حصہ دوم صدر
۲۳۴	۱۰ پھاتی اور اس کے اعضاء
	حصہ سوم - جارجہ اعلیٰ
۲۵۹	۱۱ کندھے کا خطہ

باب	صفحہ
۱۲	بازو
۱۳	کہنی کا خطہ
۱۴	پیش بازو
۱۵	پوہنی اور ہاتھ
۱۶	جارجہ اعلیٰ کی عصبی رسد

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

SURGICAL APPLIED ANATOMY

جراحی اطلاق تشریح

جلد اول

حصہ اول - سر اور گردن

باب اول

چاندلی

(THE SCALP)

طالب علم کو ضرورت تمام سر کا خیال رکھنا چاہئے، اور اگر اسے چاندلی کے کسی زخم کا معائنہ کرنا ہو تو اسے نہ صرف زخم کے حقیقی حدود معلوم کرنا چاہئیں، بلکہ اسے اپنے تشریح کے علم اور ان تعلقات کی مدد سے جو مریض میں مشاہدہ کردہ امارات سے زخم کو ہیں، ماتحت بافتوں اور بالخصوص شمولات مجملہ کو ایذا پہنچنے کے احتمال یا امکان کا بھی استنباط کرنا چاہئے۔ اگر جھجکا کسر دماغ یا جمجمی سوراخوں میں سے گزرنے والے عروق یا اعصاب کو مضرت پہنچنے سے پیچیدہ نہ ہو گیا ہو تو یہ اتنا عظیم الہمیت نہیں ہوتا۔ لیکن سبب مغمون کا لحاظ رکھتے ہوئے یہ مناسب ہو گا کہ چاندلی اور عظمی کھوپڑی اور جمجمی شمولات کا علیحدہ علیحدہ ذکر کیا جائے۔

چاندلی کی تعریف یوں کی جاسکتی ہے کہ یہ وہ نرم حصے ہیں جن سے کھوپری ڈھکی ہوتی ہے۔ اور یہ حصے طبقات میں مترتب ہیں جو عجیب محراب اور صُدغی خطہ پر کسی قدر مختلف ہوتے ہیں۔ وہ نرم حصے جن سے محراب مذکور ڈھکی ہوئی ہے پانچ طبقات میں

تقسیم کئے جاسکتے ہیں :- (۱) جلد (۲) زیر جلدی شحمی بافت (۳) برجمبی عضلہ (قذالی جہبی عضلہ) اور اسکا وتر عریض (۴) ڈھیلی زیر برجمبی انصالی بافت (۵) گرد و جھمبہ۔

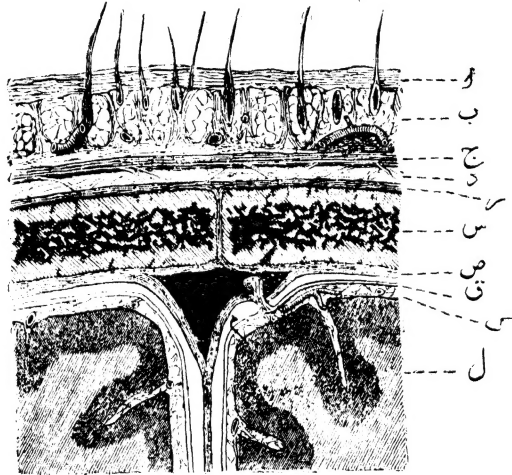
اس لئے جب ”چاندلی اتاری جاتی ہے“ تو یہ طبقہ چہارم کی ڈھیلی زیر برجمبی انصالی بافت پر سے علحدہ ہو جاتی ہے۔ لہذا اتری ہوئی چاندلی پہلی تینوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ ’چاندلی‘ کی اصطلاح کو انہی تینوں ساختوں کے اتحاد تک محدود رکھنے کا رواج عام ہے۔ مگر امریکہ کے وحشی اصلی باشندوں کے مقابلہ میں جراح اس اصطلاح میں اب اکثر پانچوں طبقات کو شامل کر دیتا ہے۔

(۱) چاندلی کی جلد (شکل ۱- الف) جسم کے ہر حصہ کی جلد سے زیادہ موٹی ہوتی ہے۔ یہ ہر مقام پر نیچے کے وتر عریض اور عضلہ سے زیر جلدی بافت کے ذریعہ سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اور اس لئے یہ اس عضلہ کی تمام حرکتوں کے ساتھ حرکت کرتی ہے۔

(۲) زیر جلدی بافت بتھیلی کی زیر جلدی بافت کے مشابہ ہوتی ہے اور

کثیر التعداد لیفی بندوں سے جن میں شحمی لختک کم و بیش منفرد فضاؤں میں بند ہوتے ہیں، مرکب ہونے کی وجہ سے یہ دباؤ کا بخوبی مقابلہ کر سکتی ہے (شکل ۱- ب)۔ یہ زیر جلدی بافت جسم کی عمومی سطح کی زیر جلدی بافت کے خلاف ڈھیلی ڈھالی نہیں ہوتی۔ چاندلی کی ڈھیلی بافت جس پر حرکت واقع ہوتی ہے، اور جس میں انقباضات کے جمع ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے جو تحفا طبقہ ہے جو برجمبی عضلہ اور گرد و جھمبہ کے درمیان ہوتا ہے۔ پہلے تین طبقوں کی کثافت کا نتیجہ یہ ہے کہ ان میں انقباضات، جو خواہ زوف کی وجہ سے ہوں یا التهاب کی وجہ سے پیدا نہیں ہوتے۔ لہذا بالدار چاندلی پر کوئی نلیاں نمودار نہیں ہوتیں اور نہ سطحی التهابات مثلاً سرخ بادہ (erysipelas) ہی میں اس پر ایسے التهاب کے ہر دو مشہور و معروف خصائص یعنی سرخی اور ورم (سوائے بہت ہی خفیف ہونے کے) نمودار ہوتے ہیں۔

جلد پر دہنی غدد کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ اور ان سے بعض اوقات دہنی دیر
پارسلیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ایسے دیر کے حجم کے دوسرے حصوں کی نسبت چاندلی پر زیادہ
کثیر الوقوع ہوتے ہیں۔ جلدی بالیدیں ہونے کی وجہ سے یہ رسولیاں عظیم الجسامت ہونے
پر بھی زیرجہی عضلہ سے باہر رہتی ہیں۔ اور اس لئے یہ ذیلی زیرجہی اتصال بانٹ میں مداخلت



شکل ۱۔ یہ شکل چاندنی کے طبقات اور دماغ کے اغشیہ کی ترسش کو ظاہر کرتی ہے۔
 الف، ب۔ زیر جلدی بانٹ بالوں کی جڑوں اور عروق کے ساتھ، ج، زیر جمجمہ عضلہ۔
 د، زیر جمجمہ لمبہ۔ س، گرد جمجمہ۔ ص، جدار ری ہڈی۔ ص، ام، ہانیہ۔ ق، عنکبوتیہ۔
 ک، ام حنونہ۔ ل، متشروم، زیر جانی فصائیں ایک جسم کیوں کی قریب جو فوقانی
 طولی جوف میں ابھرا ہوا دکھائی دیتا ہے۔

کرنے کے بغیر ہی دور کیجا سکتی ہیں، اور اسی طرح ان کو دور بھی کرنا چاہیے۔ یہ لازمی طور پر ہر اُسٹ زندہ مادہ پر مشتمل ہوتی ہیں جس کا، بلا ضرورت گہرا تنگنا و دے کر بے احتیاطی سے زیرِ بزمِ جمعی بافت پر امتصاب کر دینے سے خطرناک غلوی التهاب کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

یہ تھوڑی سی اور بند ہوتی ہے۔ اسلئے قریبی میں چاندلی میں بہت کم تغیر واقع ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ چاندلی کے کئی سلعات بہت نادرا و توقع ہیں، اگرچہ یہ واقع ضرور ہوتے ہیں۔

بالوں کی پیوستگی چاندلی کے ساتھ جراثیمات مجموعی اس قدر مضبوط ہے کہ یہ جسم کا تمام وزن برداشت کر سکتے ہیں۔ اور ایسا اکثر ہوا ہے کہ جب کسی عورت کے بال چلتی ہوئی مشین میں آگئے ہیں تو یہ ٹوٹے نہیں بلکہ تمام کی تمام چاندلی زیر برجمی ڈھیلی اتصالی بافت پر سے کھویری سے علیحدہ ہو گئی ہے۔ تسی۔ تسی۔ سی۔ چو اس کے مشاہدہ میں ایک مریض آیا ہے جو اپنی چاندلی کو کاغذ کے پارسل میں دار الشفا میں لایا تھا۔ اس کو صاف کر کے احتیاط سے ٹانگے لگانے سے اس کا ایک حصہ بچ گیا۔

(۳) زیر برجمی عضلہ (قذالی جہی عضلہ) کی کوئی خاص جراحی اہمیت نہیں۔

(۴) زیر برجمی اتصالی بافت (subepicranial connective tissue)

(tissue) جو چاندلی کا چوتھا یا خطرناک رقبہ ہے سرجن کے لئے عظیم الامہیت ہے۔ یہ ڈھیلی اتصالی بافت سے مرکب ہوتا ہے اور برجمیہ اور گرد و مجملہ کے درمیان واقع ہوتا ہے (شکل ۱-۵)۔ اس طبقہ کا ڈھیلا پن ہی زیر برجمی عضلہ کو حرکت پذیری کی اجازت دیتا ہے اور اسی وجہ سے چاندلی حادثات میں بڑے بڑے دامنوں کی شکل میں جو منہ پر بھی لٹک آتے ہیں علیحدہ ہو جاتی ہے۔ امتحانات بعد الموت میں چاندلی کو اسی ڈھیلے طبقہ پر سے اتارنے سے کھویری منکشف ہو جاتی ہے۔ یہ ڈھیلا طبقہ تمام چاندلی پر مسلسل طور پر واقع ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں اس کا تسلسل ایک اور اسی قسم کے طبقہ سے قائم ہے جو پیشانی پر واقع ہوتا ہے، لہذا اس لیول پر واقع ہونے والے التہابی انصبابات کو سارے سر پر پھیلنے سے روکنے کے لئے کوئی چیز نہیں۔ چونکہ اسی طبقہ میں بڑے بڑے عروق خون اور عروق لطف بھی پائے جاتے ہیں، اور نیز بہت سی وریدیں وسیط وریدوں (emissary veins) کے راستے سے مجملہ کے اندر کے وریدی جنوں سے بھی ربط و راہ رکھتی ہیں اس لئے یہ ظاہر ہے کہ اس عرق پر کے التہاب سے اہم جراحی خطرات پیدا ہو سکتے ہیں جن کی وجہ سے اس رقبہ کو خطرناک رقبہ کے نام سے موسوم کرنا جائز ہے۔

(۵) گرد و مجملہ (pericranium) ہڈی سے بہت کم منغم ہوتا ہے۔ مگر

5

درزوں پر یہ مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے (شکل ۱-ا- س)۔ دیگر مقامات پر سے یہ جراحی علیوں یا اتفاتی چوٹوں میں کھوپری پر سے آسانی بڑے بڑے حصوں میں اتر سکتا ہے۔

نیچے کی ہڈی کے لئے مغذی غشا ہونے کی حیثیت سے گردنجمہ اور دوسرے مقامات کے گرد غظمہ میں فرق یہ ہے کہ قبل الذکر کو ام جافیہ (dura mater) سے مزید تقویت پہنچتی ہے۔ گردنجمہ کو کھوپری کی محراب کے معتدبہ حصہ پر سے اتار لینے سے بھی قلیل المقدار سطحی انفشار کے علاوہ جوشاید پیدا ہو جاتا ہو تخریق نہیں ہوتا، کیونکہ حجمی ہڈیوں کی رسد خون زیادہ تر ام جافیہ (dura mater) سے آتی ہے۔ مزید برآں گردنجمہ کے اس خاصہ کی توضیح اس کے اس فصل سے بھی ہوتی ہے جو حجمی ہڈیوں کے تخریق حالت میں ظہور پذیر ہوتا ہے۔ لمبی ہڈی میں تخریق واقع ہونے کی صورت میں رتہ (sequestrum) کی علیحدگی چند ہفتوں ہی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی نئی ہڈی میں گرد غظمی بالیدگی بڑے زور سے رونما ہوتی ہے جس کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ رتہ (sequestrum) کی علیحدگی سے جو جگہ خالی رہ گئی ہے وہ پرگردیجائے، مگر کھوپری کی محراب میں تخریق ظاہر ہونے کی حالت میں رتہ کی علیحدگی بہت آہستہ ہوتی ہے اور نئی ہڈی طیار نہیں ہوتی اور اگر ہوتی بھی ہے تو بہت کم، اور نیز رخنہ بغیر رمت ہی کے رہ جاتا ہے۔ نئی ہڈی پیدا کرنے کے لئے گردنجمہ میں ایک عمومی منقارست پائی جاتی ہے۔ اور اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کسی حجمی نقص کے موجود ہونے کی حالت میں، جیسا کہ علم کے بعد رہ جاتا ہے، در دوسرا آگے کی طرف بھٹکنے میں عدم توازن کے موجود ہونے اور دیگر شکائت کردہ علامات کو رفع کرنے کے لئے رخنہ کو پر کرنے کی غرض سے جراحی تدابیر کی ضرورت ہوتی ہے۔

صدغی خطہ میں چاندلی کے آٹھ طبقات شناخت کئے جاسکتے ہیں۔

یعنی (۱) جلد، (۲) سطحی ردا، (۳) کان کے چھوٹے چھوٹے خارجی عضلات، (۴) برنجیمی وتر عریض کی باریک کور، (۵) ایک باریک ردا جو صدغی حید سے صیوان الاذن کی طرف کو جاتی ہے، (۶) صدغی ردا، (۷) صدغی عضلہ، اور (۸) گرد غظمہ۔

محراب کی نسبت یہاں سطحی ردا کم گھنی ہوتی ہے اور اس میں غشی ذرات کم دکھائی دیتے ہیں۔ برنجیمی وتر عریض صدغی ردا پر ایک باریک تہ کی شکل میں پھیل کر کوئی واضح کنارہ ظاہر نہیں

غائب ہو جاتا ہے۔

6 صدغی حفہ (temporal fossa) میں چربی بہت ہوتی ہے۔ اور لاغراشخاص میں اس کے انجذاب سے وجنہ (zygoma) اور عظم العارض باہر کی طرف ممیز طور پر ابھرتے ہیں۔ وجنہ (zygoma) کے اوپر کی طرف صدغی عضل بہت گھنی رداسے ڈھکا ہوتا ہے جس کا نام صدغی رداس ہے۔ یہ رداس اوپر کی طرف عظام جبہی و جداری کے صدغی حید سے اور نیچے کی طرف وجینی قوس سے پسید ہوتی ہے۔ تحت صدغی ازالہ مضطہ (subtemporal decompression) کے عملیہ میں جو دروں بھی دباؤ کو رفع کرنے کے لئے کیا جاتا ہے کھوپری کے عظمی حصہ میں رختہ بنانے کے بعد اس رداس پھر ٹانگے لگا دئے جاتے ہیں۔ اس سے دماغ کی جواسکے نیچے ہوتا ہے کسی قدر محافظت ہو جاتی ہے اور یہ باہر کی طرف زیادہ ابھرنے نہیں پاتا۔ صدغی خطہ میں جو انقباضات ظہور پذیر ہوتے ہیں وہ وجنہ (zygoma) کے اوپر سے سطح تک آنے سے اس رداسی وجہ سے رک جاتے ہیں۔ اور اس لئے جنسیجی (pterygoid) اور فکی (maxillary) خطہ جات اور گردن میں باسانی پھیل جاتے ہیں۔ خون کی زیر بنجھی و عابدریاں اس خطہ کے قرب وجوار میں نہایت ہی نادر الوقوع ہیں کیونکہ یہاں پر گرد و غملہ کھوپری سے محراب کے دیگر حصوں کی نسبت بہت زیادہ مضبوطی سے منضم ہوتا ہے۔

چاندلی کے عروق خون۔ فوق محجری (supraorbital) شریان اور

اعصاب فوق محجری کٹاؤ سے جو بالائی محجری کو رکے درمیانی اور اندرونی ثلث کے مقلم اتصال پر واقع ہوتا ہے اوپر کی طرف کو عموماً جاتے ہیں۔ خط وسطی کے قریب چہی (frontal) شریان اور فوق البکری (supratrochlear) عصب اوپر کی طرف کو چڑھتے ہیں۔ یہ شریان اس دامن کے لئے باعث حیات ہے جو ترقیع الانف (rhinoplasty) میں نئی ناک طیار کرنے کے لئے پیشانی سے لیا جاسکتا ہے۔ صدغی (temporal) شریان وجہی (facial) عصب کی اذین صدغی (auriculo-temporal) شاخ کی رفاقت میں اس (شریان) کے پیچھے ہوتی ہے اور وجنہ کے قاعدہ کو کان کے عین آگے سے کاٹتی ہوئی گذرتی ہے۔ یہ عرق وجنہ (zygoma) کے دواخچ اوپر دوا انتہائی شاخوں (مقدم اور موخر) میں تقسیم ہو جاتا ہے۔

ان شاخوں میں اور خاص کر شاخ مقدم میں صلابت الشریانی پیچ اکثر بخوبی نمایاں ہوتے ہیں۔ ان شاخوں میں دوالی نما اور سما (cirroid aneurysm) کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے اور چاندلی کی دوسری شریانوں مثلاً قذالی شریان میں یہ اتنی کثرت سے واقع نہیں ہوتا۔ موخر اُذینی (posterior auricular) شریان اور عصب (جو وجہی سے نکلتا ہے) زائدہ علیہ اور کان کے درمیان کے میزاب میں سے گزرتے ہیں اور قذالی (occipital) شریان اور کبیر قذالی (great occipital) عصب (جو دوسرے عرق میں سے نکلتا ہے) قذالی ابھار (occipital protuberance) اور زائدہ علیہ کے درمیان نقطہ کے ذرا اندر کی طرف سے چاندلی کی طرف گزر جاتے ہیں۔ چاندلی کو رسد پہنچانے والی شریانیں اور اعصاب زیادہ تر اوپر کی جانب کو قمتہ الرأس (vertex) کی طرف جاتے ہیں۔ لہذا عرقی اور عصبی رسد بافراط حاصل کرنے کے لئے علیہ جات میں چاندلی کے دامنوں کا خاکہ اس طرح طیار کیا جاتا ہے کہ وہ اپنے عریض قاعدوں پر نیچے کی طرف کو مڑ جائیں اور اس امر کا لحاظ عموماً رکھا جاتا ہے کہ رسد مذکور کا کم از کم ایک عمدہ ماخذ ان میں موجود ہو۔ جالیاتی اغراض کی بنا پر شکاف بالدار چاندلی پر بنانے کی کوشش کرنا چاہئے اور اگر کسی صورت میں معرا جلد میں مداخلت کرنا لازمی ہو تو اسے کسی لمبی خط مثلاً صدغی جیدہ (temporal ridge) پر سے کاٹنا چاہئے۔ بعض حالتوں میں اس طریقہ سے بغیر کسی بدشکلی کے زیادہ گنجائش حاصل کی جا سکتی ہے کہ دامن بنانے کے لئے جو شکاف دیا جاتا ہے اسکے ایک جرحہ کو نیچے کی طرف کان کے پیچھے سے زائدہ علیہ کے اوپر تک بڑھالیا جائے اور پھر صیوان الاذن کے غضروفی حصہ کو منفذ سمعی خارجی (external auditory meatus) سے کسی قدر علحدہ کر دیا جائے۔ چاندلی کی کثرت عرقیت اور یہ امر کہ عروق زیادہ تر زیر جلدی بافت یعنی ڈھیلی زیر برجمبی بافت کے اندر سے اسکے قدرتی خط علحدگی سے اوپر ہی گزرتے ہیں اغتاث کا انداز کرنے کے لئے دو قوی اسباب ہیں۔ دریدہ چاندلی کے بڑے بڑے دامنوں کا رجحان مردہ ہو جانے کی نسبت زندہ رہنے کی طرف زیادہ ہوتا ہے خواہ وہ ایک وسیع حد تک جی علحدہ ہو گئے ہیں یا تقریباً الگ ہی کیوں نہ ہو گئے ہوں۔ دباؤ سے چاندلی میں گنگوہین کا واقع ہونا نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔

ان رتحوں سے نزوف بالعموم بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے اور اس کار کو نا مشکل ہوتا ہے۔ اس امر کا انحصار اتنا تعدد عروق پر نہیں ہوتا جتنا کہ ارد گرد کی بافت کی ہستکی

اور شریانوں کے بیرونی طبقہ کے چاندلی کی ساخت کے ساتھ منغم ہونے اور اس لئے کاٹے جانے پر ان کے بخوبی باز کشیدہ نہ ہو سکنے پر ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ چمپٹی کے ذریعہ سے چاندلی میں سے کسی کٹی ہوئی شریان کو پکڑنا مشکل ہوتا ہے۔ جریان خون کو بند کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مزاحم کچھیری پر جو اس کے نیچے ہوتی ہے دباؤ ڈالا جائے، اور کٹے ہوئے عرق کے نیچے سے سوئی گذار کر بندش لگائی جائے۔ اگر چاندلی اتفاقی طور پر پھٹ کر علحدہ ہو جائے یا عملیہ میں دامن بنانے کی ضرورت ہو تو سر کے ارد گرد و ربر کا بند باندھنے یا دامن کے قاعدہ کو کسی اوزار سے، مثلاً معمولی شکنجہ کے بازوؤں میں دبا دینے سے جریان خون کا عارضی انسداد کیا جاسکتا ہے اور یا مددگار کا ہاتھ سے دامن کے قاعدہ پر صرف دباؤ ڈالنا ہی اتنا اعتبار اس الدم پیدا کر سکتا ہے کہ اس سے سر پر خون کا شدید نقصان ہونے سے پیشتر ہی عروق کو فرداً فرداً بندشوں سے باندھ سکتا ہے۔

جراحی میں بعض وسیط وریدیں (emissary veins) عظیم الہمیت ہیں۔ یہ وریدیں جمجمی دیوار کے روزنوں میں سے گذرتی ہیں اور درون جمجمی جوفوں اور بیرونی وریدوں کے درمیان ربط پیدا کرتی ہیں۔ بڑی بڑی وسیط وریدیں مندرجہ ذیل ہیں:۔

(۱) سب سے بڑی ورید جو ہمیشہ پائی جاتی ہے حلی سوراخ (mastoid foramen) میں سے گذرتی ہے اور جانبی جوف (lateral sinus) کو موخرانی (posterior auricular) ورید یا کسی تذالی (occipital) ورید سے ملاتی ہے۔ (۲) ایک دوسری ورید فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کو جداری سوراخ (parietal foramen) کے راستہ سے چاندلی کی وریدوں سے ملاتی ہے۔ (۳) ایک اور جانبی جوف (lateral sinus) کو موخر تذالی سوراخ (posterior condylar foramen) کے راستہ سے کمر اور گردن کی عمیق وریدوں سے ملاتی ہے (یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتی)۔ (۴) چھوٹی ٹھچوٹی وریدیں بارھویں عصب کے ساتھ مقدم تذالی سوراخ (anterior condylar foramen) میں سے گذرتی ہیں اور تذالی جوف (occipital sinus) کو گردن کی عمیق وریدوں سے ملاتی ہیں۔ (۵) چھوٹی ٹھچوٹی وریدیں بیضوی سوراخ (foramen ovale)، سوراخ ویسلیس (foramen of Vesalius)، سوراخ ورید وسطی (foramen lacerum medium)، اور قنال سباتی (carotid canal) میں سے گذرتی ہیں اور کھلی جوف (cavernous sinus)

کو (علی السریب) یعنی وریدی ضفیوہ (pterygoid venous plexus)، 'بلعوی ضفیوہ' (pharyngeal plexus) اور داخلی و داجی ورید (internal jugular veins) سے ملاتی ہیں۔

مزید برآں بہت سی چھوٹی چھوٹی وریدیں چاندلی کی وریدوں کو عظامِ حجمہ کے ڈپلوئی (diploe) کی وریدوں سے ملاتی ہیں۔ ڈپلوئی کی چار وریدوں میں سے دو (جہی اور مقدم صدغی) سطح کی وریدوں (فوقِ مجری اور عمیق صدغی) میں داخل ہو جاتی ہیں، اور باقی دو (مؤخر صدغی اور قذالی) جانبی جوف میں کھل جاتی ہیں۔ اخیر میں ایک اور مشہور و معروف ربط باقی ہے جو خارجی اور داخلی جہی وریدی دورانات کے درمیان پایا جاتا ہے۔ اور یہ مجمر کے اندرونی زاویہ پر وجہی ورید کے ابتدائی مقام سے عمل میں آتا ہے۔ اس ربط میں زاویہ (angular) اور فوقِ مجری (supra-orbital) وریدیں فوٹانی چشمی (superior ophthalmic) ورید سے جو کفلی جوف (cavernous sinus) کی ایک معاون ہے متحد ہوتی ہیں۔ انہی کفوں کے اندر کی اور اذنِ سطحی کی وریدیں بھی اسحیہ (meninges) کی وریدوں سے ربط و راہ رکھتی ہیں۔ ان مختلف مجاری اور بہت سی ان وریدوں میں سے جو بہت ہی کم واضح ہوتی ہیں، التہابی اعمال کھوپری کی سطح پر سے اندر تک پھیل سکتے ہیں، چنانچہ چاندلی کے سرخ بادہ (erysipelas) اور اس کے انتشاری نتیجے اور جہی ڈپلوئی کے نتخ اور اسی قسم کے دوسرے عوارض میں سرأت بعض اوقات عظامِ حجمہ کے متوسط طبقہ تک پھیل جاتی ہے، یا اس سے التہاب سمایا (meningitis) یا وریدی جوفوں میں علقیئت پیدا ہو سکتی ہے۔ اگر وسیط وریدیں موجود نہ ہوں تو چاندلی کے تضرعات اور امراض سے پیدا شدہ خطرہ نصف رہ جائے۔

بالائی لب اور ناک کے اطراف کے شب چراغوں (carbuncles) یا دوسری سرایتوں سے کفلی جوف کی سرأتی علقیئت کے پیدا ہونے کا خاص طور پر امکان ہوتا ہے۔ گاہے گاہے مرض کی سرأت وسیط ورید کے ذریعہ سے اندر کی طرف سے باہر کی طرف کو بھی پھیل جاتی ہے۔ ایرچسن (Erichsen) ایک مریض کے متعلق اطلاع دیتا ہے کہ اس میں تلی ورید کے راستہ سے علقیئت زدہ اور متقیع جانبی جوف (lateral sinus) میں سے پیپ خارج ہوتی تھی اور اس سے ایک غصتی خراج پیدا ہو گیا تھا۔

کھوپری پر بعض وریدی سلعات (venous tumours) بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ سلعات وریدی خون کے اجتہاتات پر مشتمل ہوتے ہیں، جو گردِ ججمہ کے شیخے ہوتے ہیں، اور کھوپری کے سوراخوں کے راستہ سے فوتانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) سے ربط و راہ رکھتے ہیں۔ ان کا محل وسطی ہوتا ہے اور دبانے پر یہ رجعت پذیر ہوتے ہیں۔ نیز ان میں ایک خفیف سانبضان بھی موجود ہوتا ہے جو دماغ سے آتا ہے۔ یہ سوراخ بعض اوقات حادثات کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اور ان میں سے بعض ہڈی کے مرض یا کسی جسم کیمیونی (Pacchionian body) پر ذبول واقع ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور چند کسی دوائی مٹاؤسیط ورید یا ججمہ کے کسی خلقی نقص کی وجہ سے جو خاص طور پر جدراری سوراخ (parietal foramen) کے نزدیک ہوتا ہے رونما ہوتے ہیں۔

تذالی اور موخر جدراری خطہ جات کے عروق لمف تذالی اور علی عدد میں داخل ہوتے ہیں۔ اور یہاں سے ان خطہ جات کا لمف جانبی فوقانی عمیق عنقی عدد (lateral superior deep cervical glands) میں چلا جاتا ہے۔ لہذا مرض نقل الراس (pediculosis capitis) میں جس میں کہ طفیلیہ خاص کر تذالی حصہ کو سرائت زدہ کرتے ہیں، ان تمام عدد کے کلانی یافتہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ جبہ اور مقدم جدراری خطوط کے عروق لمف نکھنی عدد (parotid glands) میں جاتے ہیں۔ مگر جبہ خطہ کے بعض عروق وجہی عروق لمف سے لمباتے ہیں، اور زیر فکی عدد (submaxillary glands) میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۵ صفحہ 288)۔

چاندلی کے بڑے بڑے اعصاب مندرجہ ذیل میں:-

(۱) حرکی (motor) - (۱) وجہی (facial) عصب کی عددی (temporal) شاخیں وجہ سے اوپر کی طرف کو جاتی ہیں، اور تذالی جبہ عضلہ (occipito-frontalis) کے پیٹے اور عضلہ محیط البغضیہ (orbicularis palpebrarum) اور عضلہ کٹشہ حاجبہ (corrugator supercilii) کو رسد بہم پہنچاتی ہیں۔ (ب) وجہی عصب کی موخر اذینی شاخ طمی زائدہ کے سامنے کی طرف پر سے گذر کر کان کے عین پیچھے سے اوپر کی طرف کو جاتی ہے اور اس کے ساتھ موخر اذینی شریبان ہوتی ہے۔ یہ تذالی جبہ عضلہ (occipito-frontalis)

اور تیسرا قذافی عصب تیسرے عقیقی عصب کی موثر ابتدائی قسمت سے پیدا ہوتا ہے۔
پانچویں عصب کی شاخوں میں اکثر شدید وجع العصب (neuralgia) پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اس کا علاج اب زیادہ تر یا تو بذریعہ عملیہ اور یا انجیل کے اشتراب سے عقده گیر سی (Gasserian ganglion) میں مداخلت کرنے سے کیا جاتا ہے۔ اس کا ذکر اس باب میں کیا جائے گا جس میں چہرہ کا ذکر کیا گیا ہے (صفحات 137، 144)۔

چاندلی کے زخم - چاندلی کی بافتوں کے بستہ اور تنیدہ ہونے اور

اسکے نیچے کھوپری کے موجودہ ہونے کی وجہ سے ایک دلچسپ جراحی اور طبی قانونی نکتہ پیدا ہوتا ہے کہ کسی گندے شے مثلاً گریڈی یا پولیس کے سپاہی کے ڈنڈے سے ماری ہوئی ضرب سے ایسا چراہو ازخم پیدا ہو سکتا ہے جس کے دیکھنے سے یہ معلوم ہو کہ یہ کسی تیز آواز سے کٹا ہوا زخم ہے۔ یہ حادثہ بزرگالہ کے چمڑے کے دستانوں کے پھیننے کے مشابہ ہے جبکہ ان پر ایسی حالت میں ضرب لگے جبکہ یہ ڈگیوں پر کھینچ کر تے ہوئے ہوں۔

اگر زخم صرف جلد اور زیر جلدی بافت پر اثر انداز ہوا ہے تو اس کے لب ہرگز کشادہ نہیں ہوتے۔ لیکن اگر بزخمیہ کٹ گیا ہو تو زیر بزخمیہ طبقہ کے ڈھیلے پن اور عضلہ بزخمیہ کے انقباض کی وجہ سے زخم کے کناروں کے دور تک علیحدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر زخم عضلہ مذکور کے طویل محور سے مستعرض واقع ہوا ہو تو توبوں کی کشادگی کے خاص طور پر معتد بہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

جریان خون کے کثرت واقع ہونے اور اسکے بند کرنے کے طریقہ پر بحث کجاچی ہے (صفحہ 7)۔ مزید برآں جس آسانی سے چاندلی کے زخم مندمل ہوتے ہیں اس کا ذکر بھی کیا جا چکا ہے۔ چاندلی کے زخم کا علاج کرنے میں زخم کو اصیت ط سے صاف کرنا اور بعد از اسکے متعلق مکمل تحقیقات کرنا خاص طور پر ضروری ہوتا ہے۔ اور اس کے لئے اکثر معدم حص کی ضرورت ہوتی ہے۔ جن زخموں سے ہڈی معرا ہو جائے یا جو خطرناک زیر بزخمیہ طبقہ میں کھل جائیں وہ صفحہ 4 پر دئے ہوئے اور مندرجہ ذیل وجوہ کی بنا پر خاص اہمیت رکھتے ہیں۔

چاندلی کے خطہ کے خراجات (۱) بزخمی و ترعریض کے اوپر (۲) و ترعریض

اور گردِ ججمہ کے درمیان، اور (۳) گردِ ججمہ کے نیچے واقع ہو سکتے ہیں۔ محلِ اول میں جو خراج پیدا ہوتے ہیں وہ ہمیشہ چھوٹے اور نسبتاً قلیل الہمیت ہوتے ہیں۔ کیونکہ یہاں پر چاندلی کی بافت کی کثافت ایسی ہوتی ہے کہ قلعِ مہایت مشکل سے پھیل سکتا ہے۔ مگر دوسرے محل کا قلع (وترِ عریض کے نیچے کی ڈھیلی بافت کا) بعض اوقات بہت خطرناک ثابت ہوتا ہے۔ جب پیپ وترِ عریض اور گردِ ججمہ کے درمیان ایک دفعہ رستہ بنا لیتی ہے تو اس بافت کا ڈھیلانِ خراج کے پھیلاؤ کے لئے ہر قسم کی سہولت پیش کرتا ہے۔ اس رقبہ کا قلع بعض اوقات تمام چاندلی کے نیچے پھیل جاتا ہے۔ اور ایسی حالتوں میں جبکہ قلع شدید ہوتا ہے اور اس کا تدارک نہ کیا گیا ہو ایسا معلوم ہوتا ہے کہ چاندلی خراج پر اس طرح واقع ہے جیسا کہ کسی قسم کے آبی بستر (water-bed) پر رکھی ہے۔ چونکہ چاندلی کے زخموں میں وترِ عریض اکثر کٹ جاتا ہے، اور تضرر کے بعد قلع کے واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ ان ضررات کے عظیم ترین خطرو کا وار و مدار اس قسم کے قلع کے اسی ڈھیلی اقصالی ثبات کے رقبہ تک پھیل جانے پر ہوتا ہے۔ چاندلی کے زخم میں تھوڑی سی ہڈی کے معاہدہ جانے کی اسکو نقصان پہنچنے کے لحاظ سے، اتنی اہمیت نہیں، جتنی کہ چاندلی کا خطرناک رقبہ کھل جانے کی ہے کیونکہ وترِ عریض یقینی طور پر کٹ جاتا ہے جب اس رقبہ میں قلع واقع ہو جاتا ہے تو اس کی تحدید صرف قذالی جبہی عضلہ (occipito-frontalis) اور اس کے وترِ عریض کی پیسیدگیوں ہی سے ہوتی ہے۔ لہذا وہ زبردترین مقامات جن پر سے پیپ خارج کیجا سکتی ہے اس خط پر واقع ہونے کے جو سر کے گرد سامنے کی طرف سے ابروؤں پر سے شروع ہو کر وجہ کے ذرا اوپر سے گزرتا ہوا عظمِ قذالی کے فوقانی منحنی خط پر ختم ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں بھی جبکہ خراجات چاندلی کے خواہ کتنے ہی وسیع رقبہ کی بھی تقطیع کیوں نہ کر دیں، چاندلی تباہ نہیں ہوتی، کیونکہ جیسا کہ اوپر بیان ہو چکا ہے اسکی رسد خون اس کے ساتھ ہوتی ہے۔ چاندلی کا خراج اکثر بہت آہستہ آہستہ بند ہوتا ہے کیونکہ اس کی دیواروں کو زخمی عضلہ کی متواتر حرکت سے مکمل آرام نہیں ملتا۔

گردِ ججمہ کے نیچے جو خراجات واقع ہوتے ہیں وہ لازمی طور پر ایک ہڈی تک ہی محدود ہوتے ہیں۔ کیونکہ درزوں پر اس غشا کے اندر چلے جانے سے قلع زیادہ وسیع پیمانہ پر پھیل نہیں سکتا۔

چاندلی کے خطہ کے دموی سلعات (haematomata) یا سلعات خون

(blood tumours) اپنی مقامات پر واقع ہوتے ہیں جن پر خراجات واقع ہوتے ہیں۔ خون کی وعابدری و ترعریض پر لازمی طور پر محدود ہوتی ہے مگر اسکے نیچے یہ بہت وسیع بھی ہوتی ہے۔ خوبی قیمت سے و ترعریض اور گردِ ججمہ کے درمیان کی خلوی بافت میں بہت کم عروق خون ہوتے ہیں۔ لہذا اس بافت میں بڑی بڑی وعابدریاں قلیل القوت ہوتی ہیں۔

گردِ ججمہ کے نیچے خون کی جو وعابدریاں واقع ہوتی ہیں انکو راسی دموی سلعات (cephalæmatomata) کے نام سے عام طور پر تعبیر کیا جاتا ہے۔ یہ لازمی طور پر ایک ہی ہڈی تک محدود ہوتے ہیں اور عموماً بوقت پیدائش سر پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ لہذا یہ ایک عظیم جداری پر بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ اور یہ وہی ہڈی ہے جو دباؤ پڑنے کے لئے شاید سب سے زیادہ معرا ہے۔ لڑکوں میں ان کے کثرت سے پائے جانے کی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ زینہ جنین کا سر بڑا ہوتا ہے۔ زندگی کے ابتدائی حصہ میں ایسی وعابدریوں کو گردِ ججمہ کے ڈھیلے ہونے اور ماتحت ہڈیوں کے نرم اور کثیر العروق ہونے سے مدد ملتی ہے۔

باب دوم

ججمہ کی عظمیٰ محسرابی چھت

(THE BONY VAULT OF THE CRANIUM)

سختی اور لچک۔ جراحی نقطہ نگاہ سے جو لمبی کھوپری میں پائی جاتی ہے وہ عظمیٰ کھوپری میں نہیں، بلکہ اس کے مشمولات اور اس کے سوراخوں میں سے گزرنے والی ساختوں میں پائی جاتی ہے۔ اسکے کسر کی جیسا کہ باب اول میں ذکر کیا گیا ہے کچھ اہمیت نہ ہوتی اگر اس کے ساتھ دماغ، طبعی ساختوں، یا عصب بصری کو اس کثرت سے نقصان نہ پہنچتا۔ ایک مریض میں جو میرے (سہی - سی چو اس) مشاہدہ میں آیا کھوپری کے قاعدہ کے کسور ہونے کی صرف یہی ایک وضع سریری امارت پائی جاتی تھی کہ اس کی ایک آنکھ میں عصبی نقصان بصارت موجود تھا۔ مریض کو اس وقت تک اس کا علم بھی نہیں تھا جب تک کہ اس امر کا مشاہدہ نہیں کر لیا گیا کہ اسکی آنکھ کا حادثہ مثبت اور متسع ہے۔ اسکے بعد ایک امتحان سے ظاہر ہو گیا کہ اس آنکھ کی تمام بنیائی ضائع ہو چکی ہے، اور بصری ذلول موجود ہے۔ ایک اور مریض میں صرف یہی ایک امارت پائی جاتی تھی کہ طبعی غشا (tympanic membrane) میں ایک دریدگی موجود تھی جو اذنی منظار (aural speculum) سے دکھائی دیتی تھی۔ جریان خون صماخ تک نہیں پہنچا تھا۔ سکتہ کے زیادہ دیر تک رہنے سے مریض کا انتقال ہو گیا اور

لاش کا امتحان کرنے پر کھوپری کے قاعدہ میں ایک عریض انشقاق پایا گیا۔

کھوپری کو استوار مندر و قبح تصور نہ کرنا چاہئے۔ تمام عمر اس میں معتد بہ لچک موجود رہتی ہے۔ چوٹوں سے اس میں کافی بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے، اور بعد ازاں پھر یہ اپنی اصلی شکل پر آ جاتی ہے۔ دماغ کو تضرر پہنچنے کی توضیح جس میں کھوپری کا کسر واقع نہیں ہوتا اسی طرح کیجا سکتی ہے۔ زندگی میں کھوپری، دماغ، اغشیہ اور سیال سے بالکل پُر ہوتی ہے۔ بدشکلی پیدا کرنے والی چوٹ کا اثر یہ ہوتا ہے کہ یا تو دماغی بانفت میں ایک معین دریدگی پیدا ہو جاتی ہے، اور یا دماغی دوران خون میں ایک ایسا عارضی تغیر واقع ہو جاتا ہے جس سے پہلے عدم دمویت اور بیہوشی پیدا ہو جاتی ہے اور بعد ازاں مثلاً اور خراش پذیری ظاہر ہوتی ہے۔ اغلب ہے کہ ارتجاج (concussion) کے مظاہر کی توجیہ انہی دورانی اختلالات سے ہوتی ہو۔

15

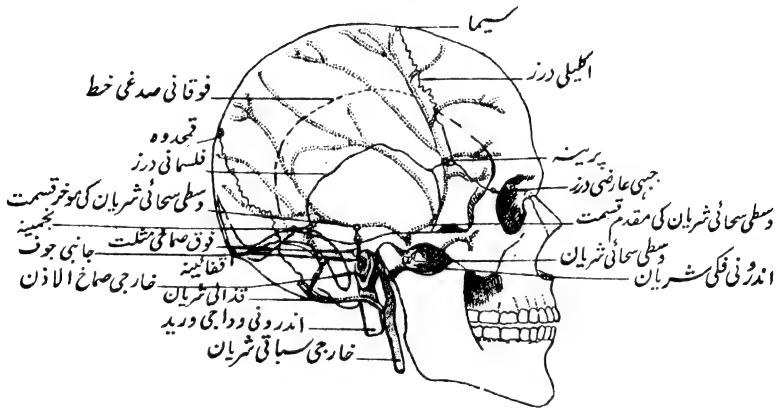
زمانہ طفولیت میں کھوپری میں بہت لچک پائی جاتی ہے۔ کیونکہ ہڈیاں خود نسبتاً نرم ہوتی ہیں اور ان میں باجستگی کی طاقت موجود ہوتی ہے۔ لہذا کھوپری بعض اوقات مسن ہونے ("ینگ پانگ گیند کے کسور") کے بعد بھی بعض اوقات پھیل سکتی ہے۔ زمانہ شیر خوارگی میں درزوں پر ہڈیوں کے حرکت پذیر ہونے اور بافوخات کی کثادتگی کی وجہ سے بعض اوقات بہت بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ پیدائش کے دوران میں ہوتا ہے۔ اور جب بدشکلی پیدا کرنے والی طاقت کا اثر باقی نہیں رہتا تو کھوپری جلد ہی اپنی طبعی شکل پھر اختیار کر لیتی ہے۔ کم عمر بچہ میں کھوپری کے تغیر پذیر ہونے کے خاصہ کی توضیح سر کی اس انتہائی بدشکلی سے ہوتی ہے جو امریکہ کی بعض انلی قومیں اپنے بچوں کے سر میں زمانہ شیر خوارگی میں اس کو پی سے کس کر باندھ دینے سے پیدا کر دیتی ہیں۔ رائل کالج آف سرجنز میوزم (Royal College of Surgeons Museum) میں امریکہ کے اصلی باشندوں کی بہت سی وچیٹے سر کی کھوپریاں موجود ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ انکی مصنوعی بدشکلی کس انتہائی درجہ تک پہنچانی جا سکتی ہے۔

ساحت - کھوپری اندر اور باہر کے دو الواح اور ایک عروق دار طبقہ متوسطہ یعنی ڈیپلوئی (diplœ) سے مرکب ہوتی ہے۔ بیرونی لوح سے گرد و نجمہ درزی خطوط پر منقسم ہوتا ہے، اور اندرونی لوح سے جافیہ مضبوطی سے چپکا ہوتا ہے۔ اندرونی لوح بیرونی کی نسبت زیادہ باریک اور زیادہ پھونک ہوتی ہے۔

درزوں کا محل وقوع - سیما (bregma) یا کلینی اور سہمی درزوں

کا مقام اتصال اس خط پر واقع ہوتا ہے جو مرکز کے طبعی وضع پر ہونے کی حالت میں منفذ سمعی خارجی کے عین سامنے سے عموداً اوپر کی طرف کو کھینچی جائے (شکل ۳)۔

محمد و (lambda) یعنی محمدوی اور سہمی درزوں کا مقام اتصال قذالی ابھار



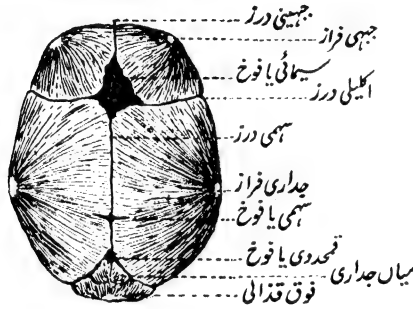
شکل ۳۔ وسطی سہائی عروق اور جانبی جوف کے ترخان کے لئے مقامات۔

(occipital protuberance) کے $\frac{1}{4}$ انچ اوپر خط وسطی میں واقع ہوتا ہے (شکل ۳)۔
قلمدوی درز (lambdoid suture) کو یہ خط ایک کافی حد تک ظاہر کرتا ہے
 جو قلمدوہ (lambda) سے زائدہ حلیہ کے راس تک دونوں طرف کھینچا جائے۔

اکلیل درز (coronal suture) اس خط پر واقع ہوتی ہے جو سیم (bregma) سے لیکر وجنی محراب (zygomatic arch) کے وسط تک کھینچا جائے۔ اس خط پر جمی عاضی (fronto-malar) (جمی وجنی: fronto-zygomatic) اتصال سے پانچ انچ چمکے کی طرف اور اسکے لیول سے پانچ ادپر پرینہ (pterion) ہے۔ اور یہ وہ مقام ہے جس پر

چار ہڈیاں ملتی ہیں۔ یعنی عظم صدغی کا فلسمان (squama) عظم وتدی (sphenoid) کا بڑا پر، عظام جمہی و جداری (شکل ۳) فلسمانی درز (squamous suture) کی چوٹی وجہ سے ۳۱ انچ اوپر ہوتی ہے۔

بعض درزوں اور بالخصوص قمدوی درز (lambdoid suture) میں چھوٹی چھوٹی بے ڈھنگی ورمی (Wormian) یا ورمی ہڈیاں (sutural bones) فحشی ہوتی ہیں۔ اور یہ بعض اوقات غلطی سے کسر سے پیدا شدہ ہڈی کے ٹکڑے تصور کر لی جاتی ہیں۔ حیلکے کی طرح



شکل ۴۔ نوزائیدہ بچہ کی کھوپڑی، اوپر سے۔

کی ایک درزی ہڈی ہوتی ہے جس کا نام بے پرینی ہڈی (epipteric bone) ہے۔ اس کا خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے کیونکہ یہ بعض اوقات وسطی سحائی (middle meningeal) شریان پر ترفان کرتے وقت ملتی ہے۔ یہ عظم جداری کے مقدم زیرین زاویہ اور عظم وتدی کے بڑے پر کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اور اس سے یہ خیال پیدا ہو جاتا ہے کہ بڑے پر کی نوک علیحدہ ہو گئی ہے۔ سرجن کے لئے درزوں کے مہلات وقوع اور انہی شکلوں کا علم ہونا ضروری ہے، تاکہ چاندلی کے زخم یا جمہی شعاع نگارش (radiogram) کا امتحان کرتے وقت کوئی درز غلطی سے کسر تصور نہ کر لیجائے۔

17

جمہینی درز (metopic suture) (شکل ۴) عمر کے ابتدائی حصہ میں، پانچویں

چھٹے سال کے قریب، ہند اور غائب ہو جاتی ہے مگر یہ کبھی کبھی سن بلوغ میں بھی برقرار رہتی ہے (یورپی کھوپریوں کی تقریباً ۶ فی صدی تعداد میں)۔

تقسیمی موضوع میں یا فوختات (fontanelles) کے تمام شائبات اور کھوپری کے دیگر غیر متعظم حصے (شکل ۴) دو سال کی عمر سے پیشتر غائب ہو جاتے ہیں۔ مگر کسٹ (rickets) اشتقاقی دماغ (hydrocephalus) اور مجموعی ترقوی ناقص نیکون عظم (cranio- cleido-dysostosis) میں یہ یکسر رہتے ہیں۔ جبھی یا مقدم یا فنج سب سے آخر میں بند ہوتا ہے۔ اور قذالی یا موخر پیدائش کے وقت ہی بھرا ہوتا ہے۔

اشتقاقی دماغ (hydrocephalus) میں بطنوں کا امتصاص عام طور پر جبھی یا فنج میں سے یا اسی کے قریب سے کیا جاتا ہے۔ سوئی یا تو یا فنج کے اطراف پر طوی جوف سے بچنے کے لئے خط وسطی کے کافی فاصلہ پر داخل کی جاتی ہے اور یا اکیلی درزیں سے اس کے نقطہ وسطی کے علاوہ کسی دوسرے مقام پر گزار دیا جاتا ہے۔ اشتقاقی دماغ (hydrocephalus) کے شدید واقعات میں محراب کی اکیلی اور دوسری درزیں بہت کھلی ہوتی ہیں۔

کھوپری کی دبازت کھوپری کے مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ اس اختلاف کے دوسرے اسباب، عمر، صنف، ذاتی شخصیت، نسل اور مرض ہیں۔ چنانچہ صدی خطہ قذالی یا جبھی ہڈیوں یا زائندہ حلیہ سے عام طور پر تپلا ہوتا ہے۔ زمانہ طفولیت اور پرانہ مالی میس بلوغ کی نسبت تمام کھوپری زیادہ پتلی ہوتی ہے۔ آدمیوں کی ہڈی عورتوں کی نسبت زیادہ بستہ اور زیادہ دبیز ہوتی ہے۔ آدمیوں میں فوق محجری فرازا اور قفائینہ (inion) عام طور پر زیادہ اچھی طرح سے نمایاں ہوتے ہیں۔ جشیوں کی کھوپری نسبتاً موٹی ہوتی ہے۔ اور امریکہ کے بعض اصلی باشندوں میں ہڈی پتلی اور چھوٹک ہوتی ہے۔ ہزال جسم (craniotabes) اور پیرٹ کے کریب (Parrots' nodes) علی الترتیب کھوپری کے مرض کی وجہ سے تپلا اور موٹا ہونے کی مثالیں ہیں۔ اوسط دبازت ۵ ملی میٹر (۱/۲ انچ) ہوتی ہے۔ اور یہ عمر گیارہ سال تک بدلتی رہتی ہے۔ پیدائش کے موقع پر عظم جداری اعلی میٹر (۱/۲ انچ) سے ذرا زیادہ ہوتی ہے۔ تین سال کی عمر پر طبقہ متوسط پیدا ہوتا ہے اور کھوپری کی بیرونی لوح اندرونی لوح سے ممیز ہو جاتی ہے۔ بوڑھے آدمیوں میں عظم جداری کی دبازت ۵ ملی میٹر سے لیکر ۱۰ ملی میٹر تک (۱/۲ تا ۵/۸ انچ) ہوتی ہے۔ کھوپری کے سب سے زیادہ موٹے حصے قذالی الجھار (occipital

(protuberance) جہاں اسکی تراش ۱۲ یا ۱۳ ملی میٹر ہوتی ہے) زائندہ صلیب پر اور عظم جہی کے زیرین حصہ پر ہیں۔ زیرین قذالی حضروں (inferior occipital fossæ) اور مجسّر (orbit) پر یہ بڈی بہت پتلی ہوتی ہے۔ اور عظم فلسانی (squamous bone) پر سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے۔ یہاں یہ بعض جگہ دانت میں ملاقاتی کارڈ سے زیادہ نہیں ہوتی۔ اور لاشعاعوں کے فوٹو گراف میں یہ ایک نیم شفاف رقبہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے۔ مزید برآں جو فوں (sinuses) اور ان میز ابوں پر جو وسطی سحائی (middle meningeal) عروق کے لئے ہوتے ہیں، ہڈی پتلی ہوتی ہے۔ عظم جداری کے مقدمہ تحتانی زاویہ پر یہ خاص طور پر پتلی ہوتی ہے۔ ترخان کرتے وقت یہ یاد رکھنا ضروری ہوتا ہے کہ اندرونی لوح ہمیشہ بیرونی لوح کے متوازی نہیں ہوتی۔

جمجمی ہزال (craniotabes) ایک مرض ہے جس کو بعض کاحمت

(rickets) سے اور بعض موروثی آتشک سے منسوب کرتے ہیں۔ اور یہ بالعموم عظم قذالی کے بالائی یا لومی حصہ اور عظام جداری کے ہم پہلو حصوں اور بالخصوص انکے موخر تحتانی زالیوں پر پایا جاتا ہے۔ ہڈی بعض مقامات پر بہت پتلی ہو جاتی ہے۔ اور اسلئے ماؤف حصہ جھلی کے کاغذ (parchment) یا کارتوس کے کاغذ کی طرح محسوس ہوتا ہے۔ ہڈی زیادہ تر اندرونی لوح اور طبقہ متوسط کے صف سے پتلی ہوتی ہے اور گڑھے ان نشانات پر واقع ہوتے ہیں جو ان تلافیف سے پیدا ہوتے ہیں جو پہلے پہل بنتی ہیں۔

پیرٹ کے کریب (Parrot's nodes) - موروثی آتشک کے بعض مریضوں میں یہ مسادر ہڈی کے مدور ارتفاعات کی مانند دکھائے دیتے ہیں، اور مقدم یا فوخ کے قرب و جوار میں جہی اور جداری ہڈیوں پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ کعبا (bosses) ایک صلیب نما نشیب سے ملحدہ ہوتے ہیں جو ایک طرف تو جہی اور سہمی درزوں سے اور دوسری طرف اکلیلی درز سے بنتا ہے۔ ان کی مجموعی شکل کی وجہ سے ”گرم صلیبی بن کی مانند سر“ (hot-cross-bun head) کی اصطلاح کا استعمال کیا گیا ہے اور ایم پیرٹ (M. Parrot) انکو سرین نما (natiform) ارتفاعات کے نام سے موسوم کرتا ہے۔

التهاب العظم تشوہی (osteitis deformans) میں کھوپری کی محراب کی

ہڈیوں میں معتدبہ عمومی وبازت پیدا ہو جاتی ہے۔ لمبقتہ متوسطہ اور الواح کے درمیان واضح امتیاز موجود نہیں رہتا۔ کھوپری زیادہ بڑی اور زیادہ گول ہو جاتی ہے۔ اور صدغی حفراست (temporal fossae) بھرے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔

بغلاف اس کے کبرا الجوارح (acromegaly) میں کلانی خاصکر عضلی

چسپیدگیوں کے قریب واقع ہوتی ہے اور عظمی حیود زیادہ نمایاں ہو جاتے ہیں۔

کھوپری کا نمو۔ اگر مجموعی طور پر کہا جائے تو کھوپری کا قاعدہ غضروف

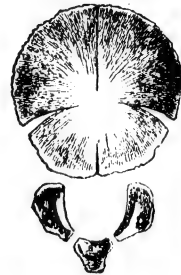
میں نمونہ پاتا ہے اور اس کا قبضہ غشا میں جو حصے غشا میں بنتے ہیں وہ تکمیل یافتہ کھوپری میں مندرجہ ذیل ہوتے ہیں۔ جبھی اور جلداری ہڈیاں۔ صدغی ہڈی کا فلسفانی وجہی حصہ اور قذالی ہڈی کے لومی حصہ کا بیشتر رقبہ۔ ان دونوں حصوں کا درمیانی فرق بعض اوقات مرض میں بہت نمایاں ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بعض ناقص النمو کم عمر شیر برون کی کھوپریوں میں جو اب رائل کالج آف سرجنسنز کے میوزیم (Museum of the Royal College of Surgeons) میں موجود ہیں، غشائی ہڈیوں میں معتدبہ مسادر وبازت پائی جاتی ہے اور قاعدہ طبعی ہے۔ استسقاء دماغ (hydrocephalus) میں صرف وہی ہڈیاں ضرورت سے زیادہ پھیل جاتی ہیں جو غشا سے بنی ہوتی ہیں۔ بغلاف اس کے عدم تکون غضروف (achondroplasia) میں قاعدی اور غضروفی ہڈیوں کی بالیدگی عجیب و غریب طور پر رک جاتی ہے۔ اور غشا سے بنے ہوئے عناصر میں کسی قدر تعویضی بیش بالیدگی پائی جاتی ہے۔ عدم دماغی (anencephaly) میں کھوپری کا قاعدہ یعنی اس کا غضروفی حصہ کم دبیش مکمل طور پر نیویافتہ ہوتا ہے۔ اور غشائی ہڈیاں بالکل غائب ہوتی ہیں۔

قیلہ و سحائب (meningocele) دماغی اغشیہ کا ایک خلقی بروز ہے جو

کسی ناقص النمو کھوپری کے رخنہ میں سے واقع ہوتا ہے۔ جب اس میں دماغ موجود نہ پاتا ہے تو یہ قیلہ و دماغیہ (encephalocele) کہلاتا ہے۔ اور جب یہ خارج شدہ دماغ بطینوں میں سیال کے جمع ہونے سے متمدد ہو تو یہ استسقاء قیلہ و دماغیہ (hydrencephalocele) کہلاتا ہے۔ یہ بروزات عظم قذالی میں نہایت کثرت کے ساتھ پائے جاتے ہیں اور اسکے بعد

کثرت وقوع کے لحاظ سے جبہ عارضی (fronto-malar) دوزر کا نام آتا ہے۔ اور نسا ذنناذ حالتوں میں یہ قحطوی، سہمی اور دوسری درزوں میں بھی دیکھے گئے ہیں نیز یہ کھوپری کے قاعدہ کے طبعی اور غیر طبعی شقاقات (fissures) میں سے مجہر ناک اور کان میں بھی پھیل آئے ہیں۔ ان کے عظم قذالی میں واقع ہونے کی کثرت کی توجیہ اس ہڈی کے نوک کا ملالہ کرنے سے کسی قدر ہو جاتی ہے۔ یہ ہڈی پیدائش کے وقت چار علمدہ علیحدہ حصوں پر مشتمل ہوتی ہے (شکل ۵) ایک قاعدی، دو قندال، اور ایک لوجی یا پھیلا ہوا حصہ۔ لوجی حصہ میں جنینی زندگی کے ساتویں ہفتہ کے قریب چسارنات پیدا ہوتے ہیں۔ ایک بالائی اور ایک زیریں جوڑا۔ یہ نواتات ایک دوسرے سے ان شقاقات کے ذریعہ سے

کسی قدر الگ ہوتے ہیں جو چاروں زاویوں سے شروع ہوتے ہیں اور اندر کی طرف جا کر قذالی ابھار پر مل جاتے ہیں۔ وہ وقفہ جو سوراخ کبیر (foramen magnum) کے زیریں زاویہ سے شروع ہو کر قذالی ابھار تک خط وسطی میں جاتا ہے خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ [سٹن (Sutton) کا عارضی قذالی یا قوخ]۔ یہ درون رحمی زندگی کے تیسرے مہینہ سے شروع ہو کر چوتھے مہینہ کے اخیر تک موجود ہوتا ہے۔ قذال کے قیلہ جات سمائیہ (meningocoeles) ہمیشہ خط وسطی پر



شکل ۵۔ عظم قذالی پیدائش کے وقت

21

واقع ہوتے ہیں اور بروز غالباً اسی وقفہ میں سے ظاہر ہوتا ہے۔ جو وقفہ قیلہ سمائیہ (meningocoele) میں پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات عظم قذالی کے تمام عمودی طول میں سے گذرتا ہے اور اکثر سوراخ کبیر (foramen magnum) میں مکمل جاتا ہے۔ جانی یا مستعرض شقاقات ہڈی کو دو حصوں میں تقسیم کر دیتے ہیں، جن میں سے بالائی حصہ غشا سے نمونایا جاتا ہے اور زیریں حصہ غضروف سے۔ جانی شقاقات بعض اوقات برقرار رہتے ہیں اور کسور کے مشابہ دکھائی دیتے ہیں اور یہ درحقیقت غلطی سے بعض دفعہ کسور ہی تصور کر لئے گئے ہیں بعض خلاف قاعدہ نادر الوقوع حالتوں میں یہ اس قدر مکمل ہوتے ہیں کہ عظم قذالی کے بلند ترین حصہ کو لقیہ ہڈی سے بالکل علیحدہ کر دیتے ہیں۔

جداری شقاقات (parietal fissures) جو عظم جداری نمونایا جاتا ہے

اس میں تعظم سے تعلق رکھنے والے ریشے ان دونوں میں سے جو تقریباً مرکز پر واقع ہوتے ہیں محیط کی طرف نصف قطروں کی شکل میں جاتے ہیں تقریباً پانچویں ہسین میں ایک بین ریشکی فضا جو دوسری فضاؤں سے بڑی ہوتی ہے ان چھ درے غلطی ریشوں کو جو ہمیں کنارے کے موخر حصہ کے متصل واقع ہوتے ہیں ان مضبوط تر ریشوں سے علیحدہ کرتی ہوئی دکھائی دیتی ہے جن سے بقیہ کنارہ مرکب ہوتا ہے (پوزی: Pozzi) جداری شقاق (parietal fissure) یہی ہوتا ہے۔ یہ بالعموم بند ہو جاتا ہے اور اس کا کوئی نشان باقی نہیں رہتا۔ مگر بعض اوقات اس کا کچھ حصہ ایک درز نما شقاق کی شکل میں باقی رہ جاتا ہے اور یہ غلطی سے کسر تصور کیا جاسکتا ہے۔ اگر طرفین پر ان انشقاقات کا مساوی حصہ برقرار رہے تو ایک منطولی معین نما خلا باقی رہ جاتا ہے جو سہمی یا فوخ (sagittal fontanelle) کہلاتا ہے (شکل ۲)۔ یہ قمدود (lambda) کے ایک انچ آگے واقع ہوتا ہے، اور نورائیڈہ بچوں میں سے ۴ فیصدی سے زائد میں پایا جاتا ہے (لی: Lea) جداری سوراخ اسی وقفہ کے بقیہ حصص ہوتے ہیں۔

مجمعی مخراب کی ہڈیوں کا متخمر (necrosis) نسبت سابق اب بہت قلیل الوقوع ہے۔ یہ بعض اوقات ایسی مغیبتی درریش (gummatous infiltration) سے نتیجہ پیدا ہو جاتا ہے جس کا علاج نہ کیا گیا ہو اور جس کے ساتھ ریم زراعہ کی سرائت بھی موجود ہو۔ اور بعض اوقات یہ جبھی جو فوں کی شدید سرائتوں کے بعد بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ جبھی اور جداری ہڈیوں پر نہایت کثرت سے حمل آور ہوتا ہے۔ اور کچھ وجوہ کی بنا پر جو ابھی زیادہ واضح نہیں ہوئے عظم قذالی میں یہ شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ خارجی لوح اکثر اکیلی ہی متخمر ہو جاتی ہے کیونکہ اسکو پوٹ پنچنے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ اور نیز اسکی رسد خون اتنی کثیر نہیں ہوتی جتنی کہ اندرونی لوح کی ہوتی ہے۔ اکیلی اندرونی لوح کا متخمر نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ گاہے گاہے ایک وسیع رقبہ نیچے سے اوپر تک جمیں ہڈی کی تمام دبازت شامل ہوتی ہے ماؤف ہو جاتا ہے۔ کھوپری کے چھوٹے چھوٹے رقبوں کا تدریجی ذبول بہت ہی شاذ طور پر دیکھنے میں آتا ہے۔ اور اس سے بعض اوقات ہڈی کا ایک قرص آہستہ آہستہ علیحدہ ہو جاتا ہے۔ اگر تخم زیادہ ذبول سے اندرونی لوح ماؤف ہو جائے تو بعض اوقات ایک زیرجانی خراج بن جاتا ہے جو دماغی ضغط کا باعث ہوتا ہے۔ جب ڈپلوئی (diploë) متاثر ہو جاتا ہے تو اس میں وریدی علیقت یا تقیمی التهاب و رید پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے اور اس طرح جو ضرر شروع ہو جاتا ہے بعض اوقات

پھیلنا شروع کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ علقہ سے بڑے بڑے درون دماغی جوف بند ہو جائیں یا غرقی مادہ عمومی دوران خون میں چلا جائے اور اس سے تقبج الدم (pyæmia) پیدا ہو جائے۔ صرف مقامی انتشار ہی سے التهاب سمایہ پیدا ہو سکتا ہے۔ بیرونی لوج میں تنفر واقع ہونے کی صورت میں اریکی یافت کی بالیدگی جو معر اور عروق دار ڈپلوی (deplœ) پر واقع ہوتی ہے مردہ ہڈی کے ورقچہ کے انتشار میں مدد کرنے میں ایک بہت اہم فعل سرانجام دیتی ہے۔

عظمیٰ محرابی چھت پر عملیہ جات

(OPERATIONS ON THE BONY VAULT)

ترفان کرنا (trephining) - یہ عملیہ علم الجراحت کا ایک قدیم ترین عملیہ ہے۔ ہمیں یہ معلوم ہو چکا ہے کہ فرانس میں چھ ہزار سال سے بھی کچھ عرصہ پہلے یہ عملیہ سرانجام دیا جاتا تھا۔ کیونکہ اس زمانہ کی کھوپڑیوں کی یقینی طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ انہیں تر فان کا میابی سے کیا گیا تھا۔ فی زمانہ یہ عملیہ کھوپڑی میں ابتدائی دخل حاصل کرنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ اور اس کے بعد سوراخ یا تو ہم پہلو ہڈی کے نیچے سے جافیہ علیحدہ کر کے اس کو کلاب سے ٹوڑ دینے اور یا عظمیٰ ترقیمی (osteoplastic) دامن طیارہ کر لینے سے زیادہ کشادہ بنالیا جاتا ہے۔

تر فان کرنے سے پہلے چاندلی کا جودامن اٹھایا جاتا ہے اس کا قاعدہ

نیچے سے عریض ہونا چاہئے۔ اور اسے عموماً اس طریقہ سے طیار کرنا چاہئے کہ اس میں کم سے کم ایک بڑا شریانی تنا مو جو دو ہو۔ میری رائے (سی۔ سی۔ چوائس) میں قرین مصلحت یہی ہے کہ ایک ہی دفعہ ہڈی تک کاٹ دیا جائے اور تمام دامن کو ایک ہی تہ میں الٹا دیا جائے۔ زرف دامن کے قاعدہ کو باقہ سے دبائے یا اسپر لچکدار پٹی باندھ دینے سے روک دیا جاتا ہے۔ دامن کے اٹھائے جانیکے بعد عروق زیادہ آسانی سے کڑے جاسکتے ہیں اور یا اس کے قاعدہ پر کلنگہ لگا دیا جاتا ہے۔

کھوپڑی کا تر فان کرنے میں صحیح دیوار کے مختلف حصوں کی تقابلی موٹائی کا خیال رکھنا

چاہئے۔ اور فوقانی طوی جوف (superior longitudinal sinus) کے قرب درجہ وارے استرا کرنا چاہئے۔ آلا ترخان کو کموپری کی مختلف وبازت کے مطابق بنانے کے لئے ترخان کے پن کا بروز $\frac{1}{4}$ انچ سے زائد نہ ہونا چاہئے۔ صدغی حفہ (temporal fossa) میں وبازت ۲ سے ۵ ملی میٹر تک ($\frac{1}{4}$ تا $\frac{1}{2}$ انچ) ہوتی ہے۔ اور قبہ پر عظمی دیوار زیادہ موٹی ہوتی ہے اور ۱۰ تا ۱۵ ملی میٹر ($\frac{1}{2}$ تا $\frac{3}{4}$ انچ) کے درمیان ہوتی ہے۔ ان پچائشوں کا اطلاق تنورسطہ کے بالغ شخص کے سر پر ہوتا ہے۔ جوانی اور سر کی جسامت اور شکل کی رعایت کا ضرور خیال رکھنا چاہئے۔

جن مختلف ساختوں تک پہنچنا مقصود ہوا انکو معرا کرنے کے لئے جن محلات پر ترخان کا سوراخ بنانا چاہئے انکی سطحی نشاندہی کے لئے بہت سے طریقے نکالے گئے ہیں مینڈیہ ذیل مقامات آسانی سے یاد رکھ سکتے ہیں اور چاندلی کا دامن اٹھانے سے پہلے یا اسکے بعد جلد تلاش کیے جاسکتے ہیں۔

وسطی سحائی (middle meningeal) شریان کی مقدم شناخ

آسانی سے تلاش کیجا سکتی ہے اور پریمین (pteron) کے خطہ پر اسے اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے۔ عظم جبھی کے خارجی زاویہ زائدہ کے $\frac{1}{4}$ انچ پیچھے اور وجنہ (zygoma) کے بالائی کنارے کے $\frac{1}{4}$ انچ اور پر سوراخ کرنے سے یہ عرق اس مقام پر معرا ہو جائے گا جہاں یہ عظم جداری کے پیش زبرین یا قندی زاویہ کو کاٹتا ہوا گذرتا ہے۔ یہاں یہ شریان اپنی رفیق وریدوں کیساتھ ہڈی کے عمیق میزاب میں موجود ہوتی ہے۔ اور بعض اوقات میزاب کی جگہ قتال بھی ہوتی ہے۔ پریمین (pteron) کے خطہ پر ہڈی میں کسر واقع ہونے سے جو کہ یہاں پر نسبتاً باریک ہوتی ہے ان وریدوں کا چھٹنا تقریباً یقینی ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ شریان بھی ساتھ ہی ماؤف ہو جائے۔ اس سے زیر جانی زرف واقع ہو جاتا ہے جو دماغ کے ضغطہ پر نتیج ہوتا ہے۔ پریمین (pteron) کی نشاندہی بھی یوں بیان کیجا سکتی ہے:- جبھی عسافی (جبھی وجنی) درز کے کٹاؤ سے جسکا جس آسانی سے کیا جاسکتا ہے $\frac{1}{4}$ انچ پیچھے (شکل ۲- صفحہ ۱۵) اور اس لائن سے $\frac{1}{4}$ انچ اور جو اس کٹاؤ سے وجنہ کے بالائی کنارے کے متوازی پیچھے کیطرف کو گھینی جائے یہ ہند سے آسانی سے یاد رکھے جاسکتے ہیں۔ اور نجمینہ (asterion) کے

لئے جو ہند سے مقرر ہیں ان کے ساتھ ان کا موازنہ کیا جاسکتا ہے۔

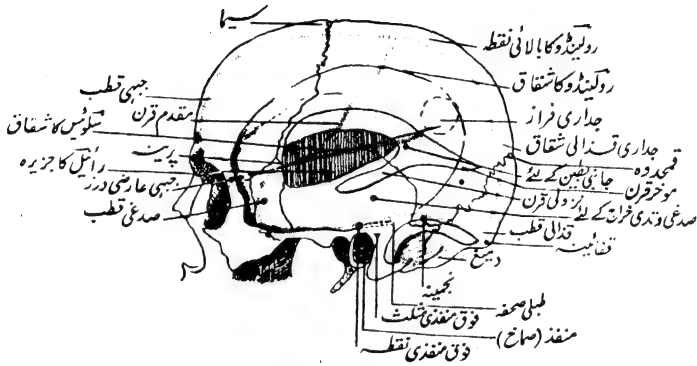
واقعات کی اکثریت میں وسطی سحائی (middle meningeal) شریان کی موخر شاخ تک خارجی منفذ کے مرکز سے صین ایک انچ اوپر (منفذی نقطہ: meatal point پر) بذریعہ نرفان سوراخ کرنے سے رسائی ہو سکتی ہے۔ مگر گنجینہ (asterion) کے خط پر یا عظم جداری کے پس زبرین زاویہ پر یعنی منفذی نقطہ سے ۱ ۱/۲ انچ پیچھے اور منفذی قفائی خط (meato-inion line) سے — جو منفذی نقطہ سے لیکر خارجی قذالی ابصار کے نمایاں ترین مقام تک کھینچا جاتا ہے — ۱ ۱/۲ انچ اوپر بھی اسے معر کیا جاسکتا ہے (شکل ۳)۔ اس مقام پر شریان مذکور کے تعریہ کا فائدہ یہ ہے (جو بعض اوقات نقصان میں بھی تبدیل ہو جاتا ہے) کہ اگر سوراخ کا قطر ۳/۴ انچ ہو تو یہ جانی جوف (lateral sinus) کو بھی معر کر دیکتا اور اس سے اوپر کی طرف صدغی قندی (temporo-sphenoidal) لختہ تک اور نیچے کی طرف دیمنغ (cerebellum) تک رسائی حاصل ہو سکتی ہے۔

صدغی و قندی لختہ (temporo-sphenoidal lobe) تک ان

نشانات میں سے جو وسطی سحائی شریان کی موخر شاخ کے لئے اوپر دئے گئے ہیں کسی ایک کے ذریعہ سے پہنچا جاسکتا ہے۔ اس عرق کو ام جافیہ میں شفاف دینے سے پیشتر دواختوں کو اس کے نیچے سے گذار کر باندھ دیا جاتا ہے۔ لختہ کے اس حصہ میں عام طور پر صدغی و قندی خراج پایا جاتا ہے۔ اور یہ غلطے طبلی (tegmen tympani) کے اوپر واقع ہوتا ہے جو ہڈی کا ایک پتلا سا حصہ ہے جس سے کفہ طبلی (tympenic cavity) اور حلی مغارہ (mastoid antrum) کی چھت بنتی ہے غلط (tegmen) کے لیول یوں ظاہر کیا جاسکتا ہے (شکل ۶) منفذ کے اوپر وجہ (zygoma) کے بالائی کنارے کی سیدھ میں ایک نقطہ لے لیا جاتا ہے اور اس فوق منفذی نقطہ (suprameatal point) کو گنجینہ (asterion) سے چکے متعلق یہ یاد ہوگا کہ یہ منفذی (meatal) نقطہ سے ۱ ۱/۲ انچ پیچھے اور ۱ ۱/۲ انچ اوپر ہوتا ہے، ظاہر دیا جاتا ہے۔ مذکورہ خط کا مقدم نصف غلطے طبلی (tegmen tympani) کا متناظر ہوتا ہے۔ غلط (tegmen) کے لیول سے ایک انچ اوپر بذریعہ نرفان فتح بنانے سے صدغی خراج تک

25

رسانی ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ لیکن بہت سے مریضوں میں سرجن اس امر کا خود تصنیف کر سکتا ہے کہ آیا اہم قسم کا خراج حلی مغارہ (mastoid antrum) کے مرض سے تانوی طور پر پیدا ہوا ہے یا نہیں۔ اور اگر ہوا ہے تو حلی عملیہ (mastoid operation) کے دوران میں اسے غلطی طبعی (tegmen tympani) میں سے ایک فتقہ لمبائے گا جیسر اکثر اکی بافت کا ایک قطعہ موجود ہوتا ہے۔ وہ اس فتقہ کو اور بڑا کر سکتا ہے اور خراج کی مسیلت اسکی ساق اور مغارہ (antrum) میں سے کر سکتا ہے۔



شکل ۶۔ جانبی بطینوں، الجریہ (insula) یعنی (جزیرہ رائیل) اور صدغی قطب (temporal pole) کو ظاہر کرتی ہے۔

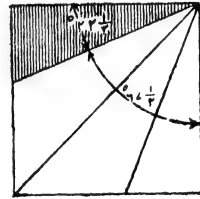
جانبی جوف (lateral sinus)۔ اس جوف کا لگنا سگما (sigmoid) سرا

نجمیہ (asterion) پر واقع ہوتا ہے جسے طبعی نشانات پہلے ہی بیان ہو چکے ہیں۔ اس کا نزولی جارحہ طبعیہ (mastoid) کی پچھلی طرف مرکزی صماغی نقطہ سے ۳ انچ پیچھے تربید کے قاعدی خط (Reid's base line) پر باسانی معر کیا جاسکتا ہے (شکل ۱۳۔ صفحہ 49)۔ یہ خط ایک فرضی خط ہے جو مچھر کے فرش سے خارجی صماغ کے مرکزی نقطہ تک کیسچ کر تیجھے کی طرف کو بڑھا دیا جاتا ہے۔ یہ اکثر قفائینہ (inion) پر سے گذرتا ہے لیکن اس پر سے اسکا گذرنا ضرور نہیں کیا۔ بعض کھوپروں میں یہ اس نقطہ سے سیکھرا اوپر یا نیچے رہتا ہے۔ جوف مذکور کا افقی حصہ

ریڈ (Reid) کے قاعدی خط سے $\frac{1}{4}$ انچ اوپر ہوتا ہے۔ دیمغ (cerebellum) کو معرا کر نیا ایک طریقہ یہ ہے کہ ریڈ (Reid) کے قاعدی خط کے نیچے $\frac{1}{4}$ اور $\frac{1}{4}$ انچ کے فاصلہ پر دو نقطے لیکر انکے درمیان ترخان کا سوراخ ایسے مقام پر بنایا جائے جو کھوپری کے پیچھے کی طرف وسطی خط سے کافی دور ہو، تاکہ ترخان کے دندانے قذالی جوف سے دور رہیں۔ اس مقام پر سلعات کو دور کرنے کے لئے بہت زیادہ گنجائش کی ضرورت ہوتی ہے اور بعد کے مراحل میں ایک یا دونوں سے بہت زیادہ ہڈی دور کرنا پڑتی ہے۔ اور جب اس امر کا شبہ ہو کہ خراج آیا صدعی لغتہ میں واقع ہے یا دیمغ میں تو سمجھنے (asterion) پر ترخان کرنا مناسب ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 24) جہاں فتحہ کو زیادہ وسیع کرنے سے جانبی جوف معرا کر لیا جاتا ہے۔

حرکی رقبہ (motor area) تک کھوپری کو

رولینڈو (Rolando) کے شقاق کے عین سامنے سے کھولنے سے پہنچا جاتا ہے۔ اس شقاق کی نشاندہی کا مناسب طریقہ یہ ہے کہ پہلے انفیسنہ (nasion) سے لے کر قفائینہ (inion) تک سر کی چوٹی کے عین وسط پر سے ایک رسی تان لی جائے اور اس کا نصف کر کے ان دونوں مقامات



نقشہ حرکی رقبہ
سوراخ کرنا۔

کا وسطی نقطہ معلوم کر لیا جائے۔ اور پھر اس نقطہ سے $\frac{1}{4}$ انچ پیچھے سے ایک خط نیچے کی اور اگے کی طرف کو وسطی مستوی سے $\frac{1}{4}$ درجہ کے زاویہ پر $\frac{3}{4}$ انچ لمبا کھینچ دیا جائے، چونکہ کھوپری کی تراش دماغ کی نسبت ایک زیادہ بڑے دائرہ کا حصہ ہوتی ہے، اس لئے اس کے اوپر کا $\frac{3}{4}$ انچ فاصلہ شقاق رولینڈو (Rolandic fissure) کا متناظر ہوگا جو $\frac{3}{4}$ انچ ہوتا ہے۔ $\frac{1}{4}$ درجہ کا زاویہ باسانی بنایا جاسکتا ہے کیونکہ یہ زاویہ قائمہ کا تین چوتھائی ہوتا ہے۔ لہذا اگر کسی قائم الزوایا کاغذ کے تختے یا ورق یا ٹین کے کٹرے یا کسی اور شے کی تیار ہیں لگادی جائیں اور پھر اس کا ایک چوتھائی کاٹ دیا جائے تو مطلوبہ زاویہ بن جاتا ہے جیسا کہ (نقشہ ۷) میں دکھایا گیا ہے۔ شقاق رولینڈو (Rolandic fissure) کے نشانات کی سمت سرسری لہریوں پر معلوم کی جاتی ہے کہ یہ دیکھ لیا جائے کہ یہ خط بڑھانے پر پیشانی اور بینی نقطہ (pre-auricular point) تک پہنچ جاتا ہے۔ مذکورہ بالا ابعاد اوسط جسامت اور شکل کی

یورپی کھوپری پر استعمال کرنے کے لئے کافی حد تک صمغ ہیں۔

27 دماغی سلعہ کے لئے عملیہ جات کرنے میں یہ ظاہر ہے کہ کھوپری

کا محل مختص المقام علامات سے معلوم کیا جاتا ہے۔ سلعہ تک پہنچنے کے لئے ترخان کے فحات سے جو جگہ ملتی ہے اس سے زیادہ گنجائش کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس مقصد کے لئے ترخان کے فتح کو ضرورت کے موافق ہڈی توڑ کر بڑا کیا جاسکتا ہے۔ اور رخنہ چھوڑ دیا جاتا ہے جو بعد میں مضبوط لیفی بافت سے پُر ہو جاتا ہے۔ یا ایک عظمیٰ ترقیمی دامن بنایا جاسکتا ہے۔ پہلا طریقہ اکثر اطباء ان بخش ثابت ہوتا ہے مگر اس سے بعض اوقات بہت خراب علامات مثلاً آگے کی طرف جھکنے میں عدم توازن کا پایا جانا پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور یہ علامت بعض اوقات استدرنایاں ہوتی ہے کہ کھوپری رخنہ کو پسلیوں یا کسی اور جگہ سے عظمیٰ پیوند لیکر پُر کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

عظمیٰ ترقیمی (osteoplastic) دامن بنانے کے لئے چاندلی کا ایک بڑا ساربانہ یا نصف دائرہ کی شکل کا دامن کاٹ لیا جاتا ہے جس کا قاعدہ نیچے کی طرف کو ہوتا ہے۔ اور کونوں پر ترخان کے چار چھوٹے چھوٹے فحات بنائے جاتے ہیں۔ بُعدی اور جانبی اطراف پر جو ہڈی ہوتی ہے وہ کاٹ دی جاتی ہے اور اسکا طریقہ یہ ہے کہ ترخان کے ایک فتح سے لے کر دوسرے فتح تک جھجھ اور ام جافیہ کے درمیان سے ایک خم پذیر رہنہ (pliable director) گزرا جاتا ہے۔ اور کاٹنے والے کلاب (cutting forceps) کے لئے یا پکھلا راز (flexible saw) کا استعمال اسکے میزاب میں کیا جاتا ہے۔ اسکے بعد عظمیٰ مربع کی قریبی طرف کو زاویہ حادہ پر خمیدہ کرنے سے توڑ دیا جاتا ہے۔ اس طرح ایک ایسا دامن اٹھایا جاتا ہے جسکو رسد خوب پہنچتی ہے، اور اسکے اندر کی طرف ہڈی ہوتی ہے جس میں خون کی رسد اچھی طرح سے موجود ہوتی ہے۔ اس ہڈی کو اس مقام پر پھر لگایا جاسکتا ہے۔

کھوپری کے کسور۔ کم عمر شیرخوار بچہ کی کھوپری میں کسور واقع کرنا واقعی

آسان نہیں۔ اس عمر میں کھوپری بحیثیت مجموعی مکمل طور پر متعظم نہیں ہوتی۔ درزیں عریض ہوتی ہیں۔ اور ہڈیوں کے درمیان بہت سا غضروف اور بہت سی غشا موجود ہوتی ہے مزید برآں عمر کے ابتدائی حصہ میں ہڈیاں پکھلا رہتی ہیں اور مقابلہ نرم اور دب جانے والی ہوتی ہیں۔

لہذا معمولی حالت میں ضرب لگنے سے کسر کی نسبت تسنن (indentation) کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

بالغوں میں بھی کھوپری عام طور پر جتنی چھوٹک تصور کیجاتی ہے اسکی نسبت یہ بہت کم پھونک ہوتی ہے اور خشک شدہ نمونہ جات کے مطالعہ سے جو رائے قائم کی گئی ہے اس کے مخالفہ انگیز ہونے کا امکان ضرور ہے۔ بہت سے مصدقہ واقعات سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ یہ ممکن ہے کہ دوران حیات میں جمجمی قبہ میں سے تیز نوک والا دوا گذرنے پر صرف سوراخ ہی بنے مگر ہڈی ریزہ ریزہ نہ ہو (لنڈن ہسپتال میوزیم (London Hospital Museum) مندرجہ ذیل تشریحی حالتیں کھوپری کی ضرب کے اثرات کو درجہ اقلیت تک پہنچا دیتی ہیں :- چاندنی کی بستگی اور اسکی بہت سی حرکت پذیری محراب سر کی گنبد نما ترتیب - ہڈیوں کی تعداد جن سے سر بنا ہوتا ہے - اور بہت سے قطعات میں ضرب کے منتشر ہونے کا رجحان - کسی مفروضہ قوت کے تسلسل میں درزوں کی مداخلت اور درزی غشا کی موجودگی جو ایک خلی حائلہ (linear buffer) کی طرح کام دیتی ہے - سر کی شوکر پر حرکت پذیری - اور خود جمجمی ہڈیوں کی لچک -

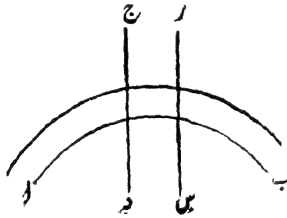
مزید برآں کھوپری کو چھ پشتوں یا ستونوں کی موجودگی سے بھی اور تقویت پہنچتی ہے جو گنبد اور قاعدہ کے مقام اتصال پر واقع ہیں - انہیں سے دو جانی ہیں - آگے کی طرف مجری وندی (orbito-sphenoidal) اور پیچھے کی طرف مجری حلی (petro-mastoid) اور دو جہی انفی (fronto-nasal) اور قدامی (occipital) کھوپری کے مقدم اور موخر سروں کو تقویت دیتے ہیں -

بچوں میں درزوں کے درمیان کی غشائی نہ بہت موٹی ہوتی ہے - مگر جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے یہ غشا غائب ہوتی جاتی ہے اور ہڈیاں آپس میں متحد ہوتی جاتی ہیں (اتحاد عظمیٰ : synostosis) - چالیس سال کی عمر کے قریب قریب درزیں بند ہوتا شروع ہو جاتی ہیں - اس تغیر کی ابتدا درز کی اندرونی جانب سے ہوتی ہے - اور یہ پہلے سہمی (sagittal) درز پر ظاہر ہوتا ہے - اور پھر اگیلی (coronal) اور قوس دوی (lambdoid) پر اور اخیر میں قسملانی (squamous) درز پر - مزید برآں جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے کھوپری کی ہڈیاں اندرونی لوح پر ایک جماؤ کے فراہم ہونے سے جو دماغ کے

گھٹتے ہوئے حصہ کی جگہ لے لیا ہے زیادہ موٹی ہوتی جاتی ہیں۔ لہذا ان ہڈیوں میں معمر اشخاص میں جوان اشخاص کی نسبت زیادہ آسانی سے کسور واقع ہو جاتا ہے۔

قاعدہ یہ ہے کہ کسرے ہڈی کی تمام دہانے متاثر ہوتی ہے۔ مگر بعض اوقات کبلی بیرونی لوح ہی ٹوٹ جاتی ہے یا یہ ڈپلوئی (diplœ) میں گسکر صرف منخفص ہی ہو جاتی ہے اور جبھی خطہ کے زیرین حصہ میں بیرونی لوح جبھی جوف میں گس جاتی ہے۔ اندرونی لوح بھی بیرونی صفحہ میں تناسل کر موجود ہونے کے بغیر ٹوٹ سکتی ہے۔ اور مکمل کسر کے تقریباً تمام واقعات میں اور خاص کر انہیں جنہیں نشیب موجود ہوتا ہے اندرونی لوح میں بیرونی کی نسبت زیادہ وسیع

29

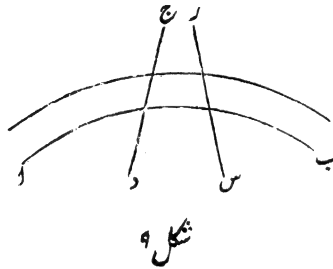


شکل ۸

شکست پائی جاتی ہے۔ اسکے بہت سے وجوہ ہیں۔ اندرونی صفحہ بیرونی صفحہ سے نہ صرف زیادہ موٹا ہی ہوتا ہے بلکہ مقابلہ یہ بہت زیادہ چھوٹک بھی ہوتا ہے اور اس لئے اس کا نام ”زجاجی طبقہ“ (vitreous table) رکھ دیا گیا ہے۔ اگر خارجی طبقہ پر نہایت ہی محدود قوت استعمال کی گئی ہو تو توار کے زخم کی طرح ضرر محدود ہوتا ہے۔ جب قوت ڈپلوئی (diplœ) میں سے گزرتی ہے تو یہ پھیل جاتی ہے اور اندرونی لوح تک ضرب سے بہت منتشر ہو کر پہنچتی ہے۔ اور ایسا خاص کر ان حالتوں میں ہوتا ہے جب بیرونی طبقہ اندر کی طرف گس جائے۔ مزید برآں اندرونی لوح بیرونی لوح کی نسبت زیادہ چھوٹے خم کا حصہ ہے اور اخیر میں ایگنیو (Agnew) اندرونی لوح کے زیادہ جراحت پذیر ہونے کی ایک وجہ بیان کرتا ہے جو ہڈی کے عمومی طور پر دبنے سے تعلق رکھتی ہے۔ شکل ۸ میں اب سر کی محراب کے

ایک حصہ کی تراش کو ظاہر کرتا ہے، جو دونوں الواح میں سے گذرتی ہے۔ اور ج ۱۰ اور ۱۱ میں دو انتصابی اور متوازی خطوط ہیں۔ اب اگر محراب پر ان متوازی خطوں کے درمیان قوت لگائی جائے تو قوس ۱۲ کے سروں کا رجحان ایک دوسرے سے دور ہٹنے کی طرف ہوگا اور تمام قوس دیکر اس خم کی شکل اختیار کر لینگے جو شکل ۹ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ اسی حالت میں ج ۱۰ اور ۱۱ میں خط ۱۲ اور ۱۳ کی طرف مستحق ہو جائیں گے اور نیچے کی طرف منفرج (شکل ۹) اسلئے ضرب سے ہڈی کے اجزاء خارجی طبقہ میں تو اکٹھے ہو جانے کی طرف اور داخلی طبقہ میں منفرج ہو جانے کی طرف مائل ہونگے۔

محراب کے کسور بلا واسطہ ضرب سے واقع ہوتے ہیں۔ کھوپری کی بناوٹ



ایسی ہے کہ کسور پیدا کرنے والی قوت کی مدافعت کئی طریقوں سے ہوتی ہے۔ (۱) جب ضرب جداری خط میں سر کی چوٹی پر لگتی ہے تو اسکی قوت کا رجحان دونوں جداری ہڈیوں کے بالائی کناروں کو اندر کی جانب دھکیلنے کی طرف ہوتا ہے۔ اور اسکے ساتھ ہی زیرین کناروں کا باہر کی طرف کو حرکت کرنا لازمی ہوتا ہے۔ موصوفہ الذکر حرکت کی مدافعت عظم فلسفانی اور عظم قندی کا جناح کبیر جو عظم جداری کی زیرین کور پر مترکب ہوتے ہیں بڑی شدت سے کرتے ہیں مزید برآں عظم فلسفانی تک جو قوت پہنچتی ہے وہ وجہی قوس تک منتقل ہو جاتی ہے جسکو فک اعلیٰ کی ہڈی اور عظم جبہ ہی سہارا دیتی ہیں۔ یہ قوس اس حالت میں دوسرے مدافع پشتیبان کا کام دیتی ہے اور قوت کے اس انتقال کی وضاحت جو سر کی چوٹی سے لیکر جبہ ہڈیوں تک عمل میں آتا ہے اس امر سے ہوتی ہے کہ سر پر ضربات کے لگنے کے بعد درد اکثر چہرہ میں بھی محسوس ہوتا ہے۔

(۲) اگر ضرب عظم جبہ کے بالائی حصہ پر لگے تو قوت فوراً جداری ہڈیوں تک منتقل ہو جاتی ہے،

کیونکہ عظم جبہ کا بالائی حصہ (۱) اس طریقہ کی وجہ سے جس سے اسکا کنارہ سلامی دار ہے (حقیقت میں دونوں جداری ٹہریوں پر واقع ہوتا ہے، لہذا وہی مدافعت پھر عمل پیرا ہوتی ہے۔ اگر اس ٹہری کے زیرین حصوں میں باہر کی جانب نکل جانے کی طرف کوئی میلان ہو، اور وہ اسوقت یقیناً موجبی ہوتا ہے جبکہ وسطی جبہ (mid-frontal) درز برقرار ہو تو ایسی حرکت کو عظم وتدی کا جناح کبیر اور عظام جداری کے پیشین زیرین زاوے جو جبہ کے ان حصوں سے متحد یا انپر متراکب ہوتے ہیں، مزاحم آتے ہیں۔ لہذا اس سے بظاہر ہو گیا ہوگا کہ جس طرز سے جبہ اور جداری ٹہریوں کی متناظر کوریس سلامی دار ہوں اس پر بہت کچھ منحصر ہوتا ہے۔ (۳) قذال (occiput) پر کی ضرب کی مدافعت کا زیادہ سامان موجود نہیں۔ اور یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ اگر آدمی زور سے بھی نہ گریے تو اتنا صدمہ ہی ٹہری کو توڑ دینے کیلئے کافی ہوتا ہے، لہذا اسکی محافظت کی زیادہ ضرورت ہی نہ گریہ والوں جلدی اور صدغی ٹہریوں سے تعلق رکھنے اور لچکدار نغری عمود سے متحد ہونے کی وجہ سے ایک بڑی حد تک محفوظ ہے۔

کھوپری کے قاعدہ کے کسور (۱) بلا واسطہ یا (۲) بالواسطہ ضرب سے

بجیسا کہ مام طور پر ہوتا ہے (۳) محراب کے کسر کی توسیع سے پیدا ہوتے ہیں۔ (۱) اجسام غریبہ کے انفی یا مجری پھت میں سے یا کھوپری کے قاعدہ کے اُس حصہ میں سے جو بلعوم میں پایا جاتا ہے، گھسنے پر انکی بلا واسطہ ضرب سے قاعدہ کا کسر واقع ہو چکا ہے۔ موخر حصہ میں گردن کی گڈی پر ضرب لگانے سے کسر واقع ہو جاتا ہے۔ (۲) بلا واسطہ ضرب سے جو کسر واقع ہوتے ہیں انکی مندرجہ ذیل مثالیں دی جا سکتی ہیں:۔ عظم جبہ کے حصہ زیرین پر جو ضربیں لگتی ہیں انمیں غرابلین صفحہ (cribriform plate) کے یا عظم جبہ کے مجری حصہ کے کسر کے علاوہ اور کوئی ضرر نہیں پایا جاتا کیونکہ ان حصوں کے نہایت ہی باریک ہونے کی وجہ سے ان میں کسر کا زیادہ امکان موجود ہوتا ہے۔ کھوپری کے قاعدہ کے کسر کے ۸۶ مریضوں میں مجری سقف ۷۹ میں بصری سوخ ۶۳ میں، اور غرابلین صفحہ جات تقریباً تمام میں متاثر پائے گئے (رالفنگ: Rawling) ٹھڈی پر گرنے سے وقتی کہفہ (glenoid cavity) فک اسفل کے قذال سے اتنے زور سے دب گیا ہے کہ کھوپری کے وسطی حفرہ میں کسر واقع ہو گیا ہے۔ ٹھڈی کے سرے پر فیصلہ کن گھونے کی ضرب لگنے سے کھوپری میں کسر واقع ہونے کے بغیر ہی الرججاج دماغ پیدا ہو جاتا ہے۔ جب جسم زمین پر پاؤں یا گھٹنوں یا چوڑوں کے بل گرا ہے تو قوت نے ستون نغری

میں سے منتقل ہو کر قذالی خط میں کوپری کے قاعدہ کا کسور واقع کر دیا ہے۔ ایسے حادثات کے ظہور پذیر ہونے کا امکان سب سے زیادہ اس وقت ہوتا ہے جبکہ عمود فقری کو عضلی فعل سے استوار رکھا جائے۔ اس حالت میں جو میکانیہ بروئے کار آتا ہے وہ بعینہ وہی ہوتا ہے جس سے جھاڑو کا سر لکڑی کے سرے کو زمین پر مارنے سے جھاڑو کے دستے میں زیادہ مضبوطی سے ٹھنس جاتا ہے۔ یہ نظریہ کہ کوپری کے قاعدہ میں اکثر ضرب مقابل سے کسور واقع ہو جاتا ہے اب عام طور پر ایک کافی حد تک ترک کیا جا چکا ہے اگرچہ بعض مالیتیں ایسی بھی ہیں جن سے اس نظریہ کی بظاہر تائید بھی ہوتی ہے۔ اس قسم کے ایک واقعہ کا اندراج سربے بھینسن (Sir J. Hutehinson) نے کیا ہے۔ اس میں عظم قذالی کے کسے کے ساتھ ہی غربالین صفحہ (cribriform plate) کا کسری بھی پایا گیا تھا اور کوپری کے درمیانی حصہ میں کوئی ضرر موجود نہیں تھا۔ (۳) محراب کے کسور کے اور خاص کر ان خطی کسور کے جو منتشر ضرب سے واقع ہوئے ہوں جیسا کہ مر کے بل گرنے میں ہوتا ہے، قاعدہ تک پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ اس طرح منتشر ہونے میں یہ قاعدہ تک راستہ کی درزوں اور ہڈیوں کی بستی کی لحاظ کئے بغیر چھوٹے سے چھوٹے راستے سے پہنچتے ہیں۔ چنانچہ گنبد کے جہی خطہ کے کسور قاعدہ کے مقدم حفرہ تک اور جداری خطہ کے وسطی حفرہ تک، اور قذالی خطہ کے موخر حفرہ تک پھیل جاتے ہیں۔ چند حالتیں اس قاعدہ سے متعلقہ بھی ہیں۔ جو معین ہڈیاں ان تین خطوں میں متاثر ہوتی ہیں، ان کا زیادہ صحیح بیان دینے کے لئے پی ہیوٹ (P. Hawett) نے کوپری کو تین منطقوں میں تقسیم کیا ہے۔ مقدم منطقہ میں جہی اور صفاتی (ethmoid) کا بالائی حصہ، اور جہی وندی، اور وسطی منطقہ میں عظام جداری، اور عظام صدغی کے فلسفانی اور ان کے جہری حصہ کے مقدم حصے اور قاعدی وندی کا بیشتر حصہ اور موخر منطقہ میں قذالی، حلیہ اور عظم جہری کا موخر حصہ اور وندی کا تھوڑا سا حصہ شامل ہیں۔

قاعدہ کے کسور میں بالعموم خون اور دماغی نخاعی سیال باہر نکل آتا ہے۔ (۱) مقدم حفرہ کے کسور میں خون بالعموم ناک میں سے خارج ہوتا ہے اور یہ سحائی اور صفاتی (ethmoidal) شریانوں میں سے آتا ہے، یا اسکا زیادہ حصہ فالہا انفی سقف کے دریدہ مغالی استریں سے نکلتا ہے۔ ناک میں سے دماغی نخاعی سیال بہنے کے لئے انفی سقف میں کسور واقع ہونے کے علاوہ اسکے نیچے کی غشائے مغالی میں اور شمی (olfactory) اعصاب کے

33

غلافوں میں جو ام جافیہ اور عنکبوتیہ (arachnoid) سے حاصل ہوتے ہیں دریدگی کا موجود ہونا ضروری ہے۔ دماغی نخاعی سیال کا مقروط اخراج انفی غشائے مخاطی میں سے ضرر کی موجودگی کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اور یہ غالباً شیمی (olfactory) اعصاب کے غلافوں کے ساتھ ساتھ عمل میں آتا ہے اور اسکا سبب یا تو اسکے انخذاب کی کمی اور یا اسکے انفرارز کی زیادتی ہوتی ہے۔ جبھی خطہ کے کسر کی بہت سی حالتوں میں خون مجھ میں چلا آتا ہے اور طمعہ کے نیچے آکر ظاہر ہوتا ہے۔ (۲) جب وسطیٰ حفرہ ماؤف ہو تو خون غشائے طبل کی دریدگی سے گزر کر خارجی منفذ میں سے باہر نکلتا ہے اور یہ یا تو طبل (tympanum) اور اسکی غشا کے عروق یا درون مجھی و عابدی سے آتا ہے۔ اور بعض حالتوں میں یہ کہنکی یا مجھری جو فوں کے انشقات سے آتا ہے۔ بعض اوقات خون یو سٹیکین نلیوں (Eustachian tubes) میں چلا جاتا ہے اور یہ یا تو ناک یا منہ سے نکل آتا ہے اور یا ٹھکرا جاتا ہے اور بعد میں تے سے باہر آ جاتا ہے۔ کان میں سے دماغی نخاعی سیال کبہنے (مصلیٰ اخراج کے لئے) (۱) یہ ضروری ہے کہ کسر داخل منفذ میں سے گذرتا ہو۔ (ج) اسس منفذ میں غشائے مخاطی کی جو انبوبی اطالت موجود ہوتی ہے وہ پھٹ گئی ہو۔ (ج) باطنی اذن اور طبل میں رابطہ موجود ہو۔ اور (د) غشائے طبل دریدہ ہو گئی ہو۔ (۳) موصخر حفرہ کے کسور میں خون کی درریش یا تو طلی زائده کے گرد و نواح میں ظہور پذیر ہوتی ہے اور یا گردن کی گدی پر۔ اور بعض اوقات عین قی خطہ کے اندر تک بھی چلی جاتی ہے۔

مزید برآں گنبد کے مرکب کسور میں جنیں ام جافیہ اور عنکبوتیہ (arachnoid) پھٹ گیا ہو بعض شاذ و نادر مثالوں میں دماغی نخاعی سیال باہر نکلتا ہوا دیکھا گیا ہے بعض اوقات بچوں میں گنبد کے سادہ کسر کے بعد ضرر رسیدہ حصہ پر ایک ورم بن جاتا ہے جس میں توج پایا جاتا ہے۔ کچھ کے چلانے پر یہ ورم زیادہ تنیدہ ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ دماغ کے ساتھ اس میں بھی مزمن تضاد موجود ہو۔ کہا جاتا ہے کہ یہ اورام نیم شفاف ہوتے ہیں۔ اور یہ چاندنی کے نیچے دماغی نخاعی سیال کے جمع ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور اغشیہ دماغ کے معاصر انشقات کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ انکو اکثر ضربی دماغی مالی قیلوں (traumatic cephalhydroceles) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

درزوں کی علحدگی (separation of sutures) یہ حالت جانتک

34

اس کے چوٹ سے نتیجتاً پیدا ہونے کا تعلق ہے تقریباً بچوں ہی کی کھوپری تک محدود ہے۔ بڑی عمر میں اگر کسی محدود درز پر قوت کا استعمال کیا جائے تو اس سے ایسا کسر پیدا ہو سکتا ہے جو پرانے درزی خط پر ٹھیک ٹھیک واقع ہوتا ہے۔ بالوں کی کھوپری میں کسر سے بلا تعلق درزوں کی علیحدگی بہت ہی نادر وقوع ہے۔ اس حالت کی چند مثالوں میں عظم صدغی بالعموم اپنی جگہ سے ہٹ جاتی ہے، اور یہ علیحدگی فلسفانی درز پر دیکھی جاتی ہے۔ جب مذکورہ علیحدگی کسور کے ساتھ واقع ہوتی ہے تو یہ سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ اکیلی اور سہمی درزوں میں ظہور پذیر ہوتی ہے۔ قحطی درز کا نام کثرت وقوع کے لحاظ سے انکے بعد آتا ہے۔

وجنسہ (zygoma) بلا واسطہ یا بالواسطہ ضرب سے ٹوٹ سکتا ہے۔ موخر الذکر حالت میں ضرب ایسی ہوتی ہے کہ اسکا رجحان فک اعلیٰ یا عظم العارض (malar bone) کو پیچھے کو دھکیل دینے کی طرف ہوتا ہے۔ جب یہ بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹتا ہے تو اس کا ایک ٹکڑا بعض اوقات صدغی عضلہ میں گھس جاتا ہے۔ اور جب ٹاٹلانے پر بہت درد ہوتا ہے۔ معمولی حالتوں میں غیر وضعیت موجود نہیں ہوتی، اور اگر ہوتی بھی ہے تو بہت کم، کیونکہ اوپر تو ان دونوں ٹکڑوں کے ساتھ صدغی ردا چسپیدہ ہوتی ہے اور نیچے عضلہ مضغیہ (masseter) چسپیدہ ہوتا ہے۔ وجنسہ عمیق حصوں کے محل وقوع کے لئے ایک نہایت مفید رہنما کام دیتا ہے۔ اسکے بالائی کنارے کا موخر ترین چوتھائی حصہ کھوپری کے وسطیٰ حفرہ کے فرش کا تناظر ہے۔ اور یہ دماغ کے صدغی تختہ کے (جو اس حفرہ میں واقع ہوتا ہے) زیرین کنارے کی نشاندہی کرتا ہے (شکل ۶)۔ اس کا مفصلی درنہ (articular tubercle) جو اسکی جڑ کے نزدیک بہت واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے، اس مقام کی نشاندہی کرتا ہے جس پر وسطیٰ سحائی شریان کھوپری کے قاعدہ کو شو کی سوراخ (foramen spinosum) پر منتقل کرتی ہے (شکل ۳)۔ نیز نیم قمری (semilunar) یا گیسری عقدہ (Gasserian ganglion) کے محل کو ظاہر کرتا ہے (شکل ۳۵ صفحہ ۱۴۵)۔ وجنسہ درنہ (zygomatic tubercle) (بعد وقبی شوک : postglenoid spine) جو چانوی حفرہ (mandibular fossa) کی موخر حد قائم کرتا ہے، قنال سباتی (carotid canal) کے سین اوپر واقع ہوتا ہے (ایس اسکات : S. Scott)۔

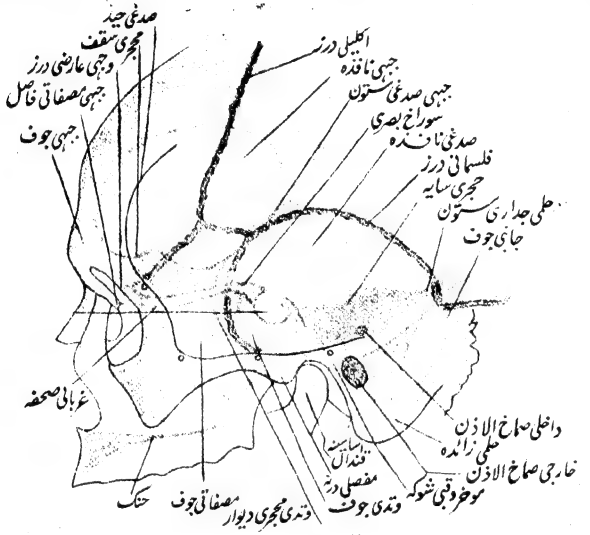
صدغي خط کا امتحان لاشعاعوں کے ذریعہ سے۔ بعض

دروں جمعی ساختوں کی، جو گہری واقع ہوں، حالت کا انکشاف کر نیکے لئے کھوپری کے صدغي خط کا امتحان کرنا اکثر ضروری ہوتا ہے۔ ان ساختوں کا محل وقوع معلوم کر نیکے لئے بعض ایسے سطحی نقاط پر جو آسانی سے مل سکیں سیسہ کی گولی سے نشان لگانا ضروری ہوتا ہے، تاکہ وہ بطور رہنما کے کام دیں۔ سب سے زیادہ مناسب و معتبر ترین نقاط وہ ہیں جو گل۔ ان میں ظاہر کئے گئے ہیں، اور وہ مندرجہ ذیل ہیں۔ (اجنبی عارضی) (fronto-malar) (جیبی جیبی) (fronto-zygomatic) کٹاؤ۔

85

ب۔ عارضی زاویہ (malar angle)۔ دپیش منقذی نقطہ (premental point) جو جنہ (zygoma) کی جڑ پر منقذ کے سامنے کی طرف چانوی (وقبی) (glenoid) حفرہ کے پیچھے اور پس چانوی (پس وقبی) (postglenoid) شوک کے عین اوپر ہے۔ ج۔ ایک نقطہ جو جنہ کے بالائی کنارہ پر ب۔ اور د کے وسط میں واقع ہے (وسطی وجبی نقطہ) (mid-zygomatic point)۔ ان نقطوں پر کھوپری کے دونوں طرف نشان لگانا چاہئیں اور جب کھوپری کو ایک جانب سے دیکھا جائے تو متناظر نقاط کو ایک دوسرے سے منطبق ہونا چاہئے۔ اس طرح سے امتحان کرنے پر جو خطہ صدغي عضلات سے پوشیدہ ہوتا ہے، وہ انکے نیچے کی ہڈیوں کے پتلا ہونے کی وجہ سے متور ہو جاتا ہے۔ متور رقبہ ہڈی کے جیبی صدغي استخوان (fronto-temporal pillar) کے ذریعہ سے جس کے ساتھ ساتھ وسطی سمائی عروق آتے ہیں، اور جو دماغ کے جیبی اور صدغي نمٹوں کی درمیانی حد کی نشاندہی کرتا ہے، ایک مقدم یا جیبی (ریسچہ) (frontal fenestra)، اور مخروطی صدغي درسیحہ (temporal fenestra) (شکل ۱۰) میں تقسیم ہوتا ہے۔ جس مقام پر سمائی نرف کے لئے عام طور پر نرف کیا جاتا ہے، یعنی جیبی عارضی کٹاؤ (fronto-malar notch) کے پانچ پیچھے اور پانچ اوپر، اس پر جیبی صدغي ستون کا سایہ دو حصوں میں تقسیم ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ ان میں سے ایک مقدم افقی شاخ ہے جو منجھ کی سقف کی تناظر ہوتی ہے اور جیبی عارضی کٹاؤ کے پانچ اوپر واقع ہوتی ہے، اور ایک نزولی شاخ ہے جو جنہ (zygoma) کے بالائی کنارے تک نقطہ ج یعنی وسط وجبی نقطہ (midzygomatic point) کے سامنے پہنچتی ہے۔ نزولی شاخ وسطی جمعی حفرہ کی مقدم دیوار یعنی وقبی مجہری فاصل کو ظاہر کرتی ہے۔ اور غیر عارضی کے صدغي کنارے کے پیچھے سے اس سے پانچ کے فاصلہ پر نیچے کو آتی ہے۔ اس لئے اس سے یہ ظاہر

ہوگا کہ پیچھے کی طرف قندی منجری فاسل، اور آگے کی طرف عظم عارضی کے صدغی کنارے اور اوپر کی طرف منجری سقف کے سایہ، اور نیچے کی طرف وجہ کے بالائی کنارے کے درمیان ایک بہت واضح پس عارضی رقبہ (retromalar area) ہوتا ہے جس میں وسطی اور موخر مصفاتی خلیات موجود ہوتے ہیں اس قبیل سے جبہ عارضی کٹاؤ (fronto-malar notch) کے



شکل ۱۰۔ وہ ساختیں دکھائی گئی ہیں جو کمپری کا لاشعاعوں سے جانبی امتحان کرنے پر صدغی خطہ میں نظر آتی ہیں۔

نیچے سے دو خط پیچھے سے آگے کی طرف کو گزرتے ہیں۔ انیس سے زیریں غرابلی محفہ (cribriform plate) کے لیول کا تناظر ہوتا ہے، اور بالائی مصفاقی کے جانبی تودہ اور جہی ہڈی کے معجری محفہ کے مقام اتصال کا۔ پس عارضی (retromalar) رقبہ کی زیریں حد پر وندی فکی (spheno-maxillary) (جینیحی حنکی: pterygo-palatine) حقو، وندی فکی شقاق، وندی حنکی عقدہ، اور زیر معجری (infra-orbital) عصب کا ابتدائی حصہ واقع ہوتے ہیں۔

صدغی دریچہ (temporal fenestra) کے زیرین کنارے کے ساتھ ساتھ اہم ترین ساختیں دکھائی دیتی ہیں۔ اوپر سے نیچے کی طرف شمار کرنے میں یہ حسبِ ذیل ترتیب سے پائی جاتی

- 37 ہیں۔ وندی کا جناح صغیر۔ حفرة نخامیہ (pituitary fossa) [زیر بالی حفرة fossa hypophyseos] جو آگے کی طرف مقدم سریری شکل زائده (anterior clinoid process) اور پیچھے کی طرف ظہر السراج (dorsum sellae) اور موخر سریری شکل زوائد سے مکمل ہوتا ہے۔ ظہر السراج (dorsum sellae) کے پیچھے عظم مجری (petrous bone) کا سیاہ سایہ واقع ہوتا ہے جو پچھلی طرف علمی جداری ستون (masto-parietal pillar) پر ختم ہو جاتا ہے۔ حفرة نخامیہ کا فرش وجہ (zygoma) کے بالائی کنارے سے ۱/۲ انچ (۱۲ ملی میٹر) اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور اسکی مقدم حد وسطی و جہنی (midzygomatic) نقطہ کے عین اوپر ہوتی ہے۔ حفرة نخامیہ کا طبعی پیشل پس قطر بالغوں میں ۱۲ ملی میٹر (۱/۲ انچ) ہوتا ہے۔ سوراخ بصری (optic foramen) جہنی عارضی کنارے سے ۱/۲ انچ (۳/۴ ملی میٹر) پیچھے کی طرف کو اور وجہ (zygoma) کے بالائی کنارے سے ۱/۲ انچ (۲/۵ ملی میٹر) اوپر واقع ہوتا ہے۔ پیش منغذی (premental) نقطہ (دیکھو شکل ۱۰) قاعدی زائده (basilar process) کی پچھلی جانب کی نشاندہی کرتا ہے۔ منغذ داخلی اس نقطہ سے ۱/۲ انچ پیچھے اور اوپر واقع ہوتا ہے۔ منغذ خارجی اسکے عین پیچھے اور نیچے واقع ہوتا ہے۔ نیز اس سینہ (basion) جو سوراخ کبیر (foramen magnum) کے مقدم کنارے پر واقع ہوتا ہے، اس نقطہ سے ۱/۲ انچ نیچے اور پیچھے ہوتا ہے۔ وندی جوف (sphenoidal sinus) حفرة نخامیہ کے نیچے اور سامنے واقع ہوتا ہے۔

باب سوم

مشمولات جمجمہ

38

(THE CRANIAL CONTENTS)

اغشیہ دماغ - ام جافیہ (dura mater) اپنی سختی کی وجہ سے دماغ کے لئے ایک عمدہ محافظ کا کام دیتی ہے۔ کھوپڑی کے تمام قاعہ پر یہ ہڈی سے بہت مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اور اس لئے اس جگہ پر اس غشا اور ہڈی کے درمیان وعابدریوں کے واقع ہونے کا بہت کم امکان ہوتا ہے گیند (vault) پر اسکی چسپیدگیاں متبادلہ ڈھیلی ہوتی ہیں مگر درزوں کے خطوں کے ساتھ ساتھ یہ بہت مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اس ڈھیلی ڈھالی چسپیدگی کی وجہ سے بڑی بڑی زنی اور قحی وعابدریاں ام جافیہ اور ہڈی کے درمیان جمع ہو جاتی ہیں۔ ایسی وعابدریوں سے عام طور پر ضغط دماغ پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اس امر پر بھی غور کرنا چاہئے کہ ضغط کے تمام مریضوں میں ضاغط قوت ام جافیہ سے باہر واقع ہوتی ہے۔ چنانچہ غیر پیچیدہ حالتوں میں جب وقوع حادثہ کے ساتھ ہی ضغط کے علامات نمودار ہو جاتے ہیں تو انکی پیدائش کا سبب غالباً مستغض ہڈی ہوتا ہے۔ اور جب یہ علامات کچھ عرصہ بعد ظاہر ہوتے ہیں تو انکا سبب غالباً وعابدریوں ہوتا ہے جو غشائے مذکور اور ہڈی کے درمیان جمع ہو جاتا ہے۔ اور جب حادثہ کے بعد ایک طویل عرصہ (کچھ دن یا ہفتے) گزر جائے تو ان علامات کے پیدا ہونے کا سبب اسی مقام پر غالباً پیپ کا اجتماع یا کسی دویہ کا تکیون ہوتا ہے۔

سرسمی سیل (Sir C. Bell) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ گنبد کی ام جافیہ چوٹ کے ارتعاش ہی سے بعض اوقات علحدہ ہو جاتی ہے۔ ”کسی موضوع کی کھوپری پر بھاری سہولت سے ضرب لگاؤ قطع کرنے پر یہ ظاہر ہوگا کہ جس مقام پر ضرب لگی ہے وہاں سے ام جافیہ کھوپری سے پرے ہٹ گئی ہے۔ اس تجربہ کو کسی اور موضوع پر دہراؤ اور سر میں سریش (size) کی ایک قلیل مقدار کا شراب کر دو۔ جس مقام پر ضرب لگا لی گئی ہے اسپر کھوپری اور ام جافیہ کے درمیان شریہ کا ایک تھک پیا جائے گا۔ اور وہ بعینہ اسی رو بہ کے مشابہ ہوگا جو سر پر شدید ضرب لگنے کے بعد پیدا ہوتا ہے۔“ ٹلو (Tillaux) نے یہ ثابت کر کے دکھا یا ہے کہ ام جافیہ اور ہڈی کے درمیان انضمامات خاص کر صدغی حفرہ پر کمزور ہوتے ہیں، جو سمائی نرف کا عام ترین محل ہے۔ جب کسر کی حالت میں ام جافیہ اور ہڈی کے درمیان خون بہنا شروع ہو جاتا ہے تو اس وقت وسطی سمائی عروق ہی منقطع ہوتے ہیں، اور انیس سے شریان کی نسبت زیادہ تر رفیق وریدیں منقطع ہوتی ہیں۔ ان وریدوں سے شریان کے ارد گرد ایک جوف بنتا ہے (وڈ جونز : Wood-Jones)۔ وسطی سمائی شریان شو کی سوراخ (foramen spinosum) سے گزرنے کے بعد دو شاخوں میں منتسم ہو جاتی ہے۔ مقدم شاخ جو بڑی ہوتی ہے عظم جداری کے پیش زیرین زاویہ کو کاٹتی ہوئی اوپر کو چلی جاتی ہے۔ اور اکیلی درز کی پھیلی جانب سے اس سے تھوڑے سے فاصلہ پر گنبد پر چڑھ جاتی ہے۔ موخر شاخ عظم فلسانی کو کاٹتی ہوئی انفری رخ میں پیچھے کو نکل جاتی ہے، اور دوسری صدغی تلفیف کا مراختیار کر لیتی ہے (دیکھو شکل ۶۳)۔

جس مقام پر یہ عروق عظم جداری کے مقدم زاویہ کو کاٹتے ہوئے گذرتے ہیں وہاں پر یہ اکثر دیدہ ہو جاتے ہیں اور اسکے بہت سے وجوہ ہیں:- ہڈی میں جہاں ان عروق کے لئے میزب موجود ہوتا ہے وہاں یہ بہت باریک ہوتی ہے اور عروق بذات خود ہڈی میں اکثر اس طرح گرے ہوتے ہیں کہ انکی دریدگی کے بغیر کسر کا واقع ہونا مشکل ہی سے ممکن ہو سکتا ہے۔ اور آخری سبب یہ ہے کہ شریان کا یہ مخصوص خطہ کھوپری کا وہی حصہ ہے جس میں کسر واقع ہونے کا امکان خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔ جیمسن (Jacobson) نے یہ ظاہر کیا ہے کہ یہ عروق ایسی قوت سے بھی منقطع ہو سکتے ہیں جس سے کھوپری میں کسر واقع نہ ہو (عام طور پر صرف وریدیں ہی منقطع ہوتی ہیں) بلکہ ام جافیہ علحدہ ہو گئی ہو۔ وسطی سمائی عروق کے علاوہ خارج السمائی نرف کا ماخذ جانبی جوف (lateral sinus) بھی نہایت کثرت سے ہوتا ہے اور اسکے وجوہ ظاہر ہیں۔

ام جافیہ کے اعصاب۔ ام جافیہ میں اعصاب کی رسد موجود ہے۔

اسکا عظیم ترین مبدأ پانچواں عصب ہے۔ مگر دسویں اور بارہویں جمعی اعصاب سے بھی کسی قدر رسد پہنچتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ترخان کے علیہ میں جب ام جافیہ کاٹی یا کھری جاتی ہے تو خون کے دباؤ میں ایک نمایاں تخفیف واقع ہو جاتی ہے (ایچ ٹیرل گرے اور ایل پارنس: H. Tyrrell Gray and L. Parsons)۔ در دوسرے بہت سے اقسام ان در آئندہ تہجیات سے پیدا ہوتے ہیں جو تائیٹی (vagal) یا توامی ثلاثی (trigeminal) کسی نواتا تک پہنچتے ہیں۔ جہاں یہ عصبی انقسام کی وجہ سے ام جافیہ سے منسوب ہو جاتے ہیں (کشننگ: Cushing)۔

وریدی اجواف۔ دماغی وریدیں جیکی دیوار میں نرم اور کمزور ہوتی ہیں اور

جو دماغ کے ہر نصفان کے ساتھ مضبوط ہو جاتی ہیں وریدی اجواف میں گھسکتی ہیں۔ یہ اجواف استوا دیواروں کی قنایں ہیں جو ام جافیہ کی بیرونی یا گرد عظمیٰ اور اندرونی یا سہارا دینے والی تہوں کے درمیان موجود ہوتی ہیں۔ جن مقامات پر فوقانی دماغی وریدیں (superior cerebral veins) فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) میں داخل ہوتی ہیں اور جہاں صدغی وتدی اور قذالی وریدیں جانبی جوف (lateral sinus) سے ملتی ہیں وہاں منکبوتیہ (arachnoid) ام جافیہ سے مضبوطی سے منضم ہوتا ہے، مگر دوسرے تمام مقامات پر یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔

جانبی جوف (lateral sinus) جراحی نقطہ نگاہ سے بہت اہم ہے۔

جو نہی یہ حللی زائدہ کے نیچے سے پیچھے کی طرف خم کھاتا ہے، حللیہ کے مغارہ اور خلیات سے یہ بہت قریبی ملاقات پیدا کر لیتا ہے جنہیں سے عفوئی حالت اس تک حاصل کی جاتی ہے اور حقیقت و نما ہو سکتی ہے (دیکھو شکل ۲۵ صفحہ ۱۰۴)۔ جانبی جوف کی نشاندہی مندرجہ ذیل تین نقاط کی تعیین سے کیا جاسکتی ہے (دیکھو شکل ۳ صفحہ ۱۵ اور شکل ۶ صفحہ ۲۵)۔ (۱) قفائینہ (inion)۔ (۲) نجمینہ (asterion)۔ (۳) منقذ کے نرین کنارے سے ۱/۲ انچ نیچے ایک نقطہ لیا جائے۔ جب یہ تینوں نقاط ملا دئے جاتے ہیں تو جانبی جوف دو حصوں سے بنا ہوا دکھائی دیتا ہے ایک

افنی حصہ جو تقائینہ (inion) سے لیکر نجمینہ (asterion) تک بتدریج اوپر کو چڑھتا چلا جاتا ہے اور دوسرا انتہائی جو نجمینہ سے دفعہ نیچے کو پس منہذی نقطہ تک چلا جاتا ہے۔ یہ جوف اہلی میڑ پوڑا ہوتا ہے۔ یہ داخلی و واجی (internal jugular) ورید کی شکل میں کھوپری سے باہر نکل آتا ہے جو علی زائدہ کے مقدم کنارہ کی سیدھ میں جاتی ہے، مگر غده کلفیہ (parotid gland) کے نیچے گہری واقع ہوتی ہے (شکل ۳)۔

فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کی نشاندہی

کھوپری کی محراب کے اوپر سے الفینہ (nasion) سے لیکر تقائینہ (inion) تک خط کھینچنے سے کیما جاتی ہے۔ اس جوف کے ساتھ ساتھ حفزرات (lacunæ) (نزد جوفیہ جا: parasinoids) کے جانبی پھیلاؤ واقع ہوتے ہیں جنہیں بہت سی فوقانی دماغی (superior cerebral) وریدیں 41 کھلتی ہیں۔ یہ جانبی پھیلاؤ فوقانی طولی جوف کے تمام حصوں کے ساتھ ساتھ پائے جاتے ہیں مگر انہیں سے سب سے لمبے اور اہم ترین جداری (parietal) پھیلاؤ ہیں، جو مرکزی تلافیف کے بالائی حصوں کو ڈھانکتے ہیں (پرسی سارجنٹ: Percy Sargent)۔ فوقانی طولی جوف بعض اوقات علقہ نبجانے سے مسدود ہو جاتا ہے۔ اور اس حالت میں خون کو نفیسی مجاری میں سے دورہ کرنا پڑتا ہے، اور یہ فوقانی دماغی وریدوں سے تحتانی دماغی وریدوں اور بالخصوص سلوئیس (Sylvius) کی سطحی وریدیں جو کہنکی جوف (cavernous sinus) میں جا کر ختم ہوتی ہے چلا جاتا ہے۔ فوقانی طولی جوف اکثر حالتوں میں دائیں جانبی جوف میں ختم ہوتا ہے، اور یہ اسلئے بائیں جوف سے بڑا ہوتا ہے۔

کہنکی جوف (cavernous sinus) جسکے اندر داخلی سباتی شریان

(internal carotid artery) اور چٹا بجمی عصب معصور ہوتے ہیں اور جسکی دیوار میں تیسرا اور چوتھا عصب اور پانچویں عصب کا بیشتر حصہ دبا ہوتا ہے، عظم وتدی کے جسم پر واقع ہوتا ہے۔ یہ وتدی ہوائی جوف کے عین اوپر ہوتا ہے، جہیں سے عفونتی حالتیں کہنکی پھیل سکتی ہیں جن سے علقیت پیدا ہو جاتی ہے ایسی حالتوں میں عینی وریدوں (ophthalmic veins) کے متمدد ہو جانے کی وجہ سے آنکھیں ابھر آتی ہیں، کیونکہ وریدی خون مجھ میں سے

یہ کربانی جوف (lateral sinus) اور وجامی ورید (jugular vein) تک فوقانی اور تحتانی ججری اجواف کے ذریعہ سے پہنچتا ہے۔ نغاسیہ کے سلعات کھٹکی جوف کو لازمی طور پر مضبوط کر دیتے ہیں۔ واخلی سبانی شریان (internal carotid artery) اور کھٹکی جوف (cavernous sinus) کے درمیان فی تعلقات اتنے قریبی ہیں کہ ان حصوں کو ضرر پہنچنے سے شریان فی وریدی انورسما واقع ہو چکا ہے۔ مزید برآں یہ بھی معلوم ہو گیا ہو گا کہ یہ جوف مجھر میں التهاب موجود ہونے کی حالت میں اپنے بڑے بڑے معاونوں یعنی دونوں عینی وریڈوں (ophthalmic veins) کے ذریعہ سے عمل التهاب کے منتشر ہو جانے سے کس آسانی سے علقت زدہ ہو سکتا ہے۔

تحت جانی فضا (subdural space) ام جافیہ اور عنکبوتیہ کے

درمیان واقع ہوتی ہے، اور پلورائی کھٹکی طرح یہ بھی صرف ایک امکانی فضا ہوتی ہے کیونکہ صحت کی حالت میں عنکبوتیہ ام جافیہ کی اندرونی صاف سطح کے ساتھ ملا ہوتا ہے۔ یہ فضا صرف اسی حالت میں بنتی ہے جبکہ سیال یا خون یا پیپ ان دونوں غشاؤں کے درمیان جمع ہو جائے (شکل ۱ صفحہ ۳)۔ تحت جانی فضا میں کی قدر سیال موجود ہوتا ہے جو دماغ کے حرکات نبضان میں رگڑ کے اثرات کو زائل کر دیتا ہے، اسلئے اس کا فعل پلورائی اور باریطونی تاجوں کے فعل کا سا ہے۔

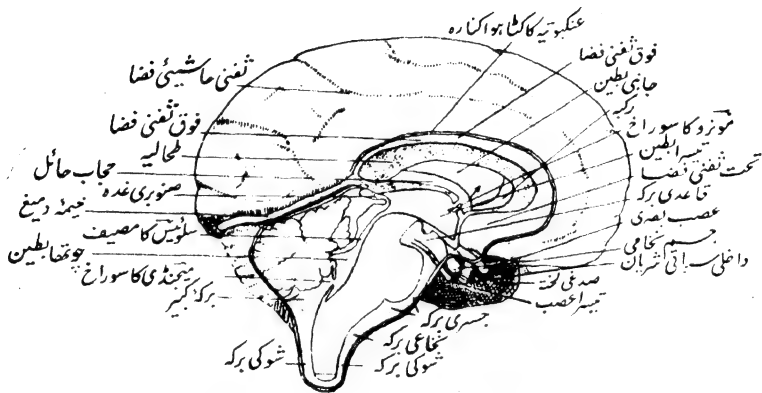
42

زیر عنکبوتی فضا (subarachnoid space) کی معتد بہ جراحی اہمیت

ہے۔ جو فضا جل شوکی کے ارد گرد موجود ہوتی ہے اسکا دماغ کی زیر عنکبوتی فضاؤں سے بلا واسطہ تسلس قائم ہوتا ہے۔ لہذا جب اس فضا کا بزل جل شوکی کے قطعی حصہ پر کیا جاتا ہے تو دماغ کی زیر عنکبوتی فضاؤں کی سیلیت بھی ساتھ ہی ہو جاتی ہے (شکل ۱۱)۔ اسی لئے درون مجھی دباؤ کے زیادہ ہو جانے کی حالت میں قطعی کوچے (lumbar puncture) کا علاج ہے۔ التهاب سحائیہ (meningitis) میں دماغی نغاسی سیال مکدر ہو جاتا ہے اور زیر عنکبوتی فضا میں یا اسکے بعض حصوں میں کبھی کبھی پیپ بھی موجود ہوتی ہے۔

جل شوکی میں عنکبوتیہ اور ام خونہ کے درمیان بہت سا فاصلہ ہوتا ہے، اس لئے

زیر عکبوتی فضا وسیع ہوتی ہے۔ جو نبی یہ فضا کھوپری میں داخل ہوتی ہے، دماغ اور بطن چہارم کی چھت کے درمیان یہ پھیل جاتی ہے۔ اس پھیلاؤ کا نام بزرگ کبیر (cisterna magna) ہے (شکل ۱۱) بطن چہارم کی چھت میں ایک فتحہ (میجنڈی (Magendie) کا سوراخ) ہوتا ہے جس کے ذریعہ سے دماغ کے بطنوں کا دماغی نخاعی سیال بزرگ کبیر (cisterna magna) کے سیال سے مل جاتا ہے (شکل ۱۱) کھوپری کے قاعدہ پر نخاع مستطیل (medulla) اور جسر (pons) کے سامنے شوکی زیر عکبوتی فضا بزرگ جبری (cisterna pontis) کی شکل



پیدا ہو جاتی ہے۔

43

دماغ کے تلافیف کے اوپر عنکبوتیہ (arachnoid) کو احم حنونہ (pia mater) محدود کرتی ہے اور یہاں یہ ڈھیلی ڈھالی زیر عنکبوتی بافت کا کام لیتی ہے۔ دائرہ ولس (circle of Willis) سے جو شریانیں نکلتی ہیں انکے ساتھ ساتھ ہر جگہ قاعدی برکہ (basilar cistern) کے پیلاؤ و تجاویف دماغ کی ام حنونہ میں آجاتے ہیں۔ دماغ کے قاعدہ کامیان باقی (interpeduncular) حصہ جس (pons) اور خنخ مستطیل (medulla) اگرچان قاعدی برکہ جات پر واقع ہوتے ہیں مگر صدغی اور جہی لختہ جات کھوپری کے قاعدہ پر بلا واسطہ ملن ہوتے ہیں اور قذالی لختہ دینی خیمہ (tentorium cerebelli) پر واقع ہوتا ہے۔ دماغ کے تینوں قطب یعنی جہی، قذالی اور صدغی، اسخیمہ اور کھوپری سے بلا واسطہ ملے ہوتے ہیں اور اسلئے یہ دماغ کے وہ حصے ہیں جنکے سر پر ضرب آجانے کی حالت میں دریدہ ہو جانے کا سبب زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

دماغی نخاعی سیال بطور حائلہ کے کام کرتا ہے اور یہ ان مضر اثرات کو جو

44

دوران خون کی بے قاعدگیوں سے دماغ پر (جو کہ نہ دہنے والے کہف میں واقع ہے) ہو سکتے ہیں زائل کر دیتا ہے۔ اگر جانبی بطینوں کے قریب کے بڑے بڑے عصبی مراکز امتلا سے متورم ہو جائیں تو ان مراکز کو کسی نہ دہنے والی دیوار کا مقابلہ نہیں کرنا پڑتا بلکہ یہ تھوٹے سے دماغی نخاعی سیال کو میمنڈی (Magendie) کے سوراخ کے راستہ سے باہر دھکیل دیتے ہیں، اور یہ حالت الموت تک رہتی ہے جب تک کہ دوران خون دوبارہ طبعی نہیں ہو جاتا۔

جب تندرست دماغ ترخان کے سوراخ کے ذریعہ سے معر کیا جاتا ہے تو اس میں نبضان دکھائی دیتا ہے جو قلب کی ہر ضرب کے ساتھ ہوتا ہے اور اگر یہ نبضان موجود نہ ہو تو اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کھوپری کے اندر کا دباؤ شریانی دباؤ سے زیادہ ہے (۱۰۰-۱۳۰ مم پارہ)۔ طبعی طور پر مینا کہل (Hill) نے ثابت کر کے دکھایا ہے درون جمجی دباؤ اتنا ہی ہوتا ہے جتنا کہ وریدوں میں خون کا دباؤ ہوتا ہے۔ قلب کے ہر ضربان پر کھوپری میں (۵ مکعب سنٹی میٹر) خون داخل ہوتا ہے۔ اور اسلئے اتنا ہی وریدی خون و داجی ورید کے ذریعہ سے باہر آ جاتا ہے۔ یہ سیال جانبی بطین سے تیسرے بطین میں سوراخ منزو (Monro) کے ذریعہ سے

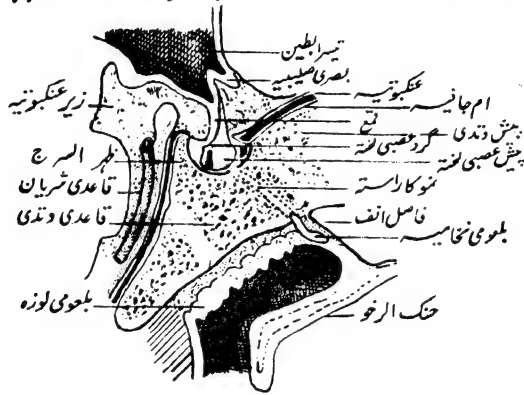
اور تیسرے سے چوتھے بطین میں مصیف سلوئس (aqueduct of Sylvius) کے راستہ سے اور چوتھے بطین سے برکہ کبیر (cisterna magna) میں مبعثدی (Magendie) کے سوراخ میں سے ہو کر گزر سکتا ہے (شکل ۱۱)۔ بہت سے ابھی تک بطین (Hilton) کی رائے ہی سے متفق ہیں کہ مصیف مذکور کے مسدود ہوجانے یا مبعثدی (Magendie) کے سوراخ یا دوسرے دو فتحات کے جو بطین چہارم کے جانبی زادیوں پر ہوتے ہیں [کے (Key) اور ریٹر ٹیسس (Retzius) کے سوراخ] بند ہوجانے سے بطینوں سے سیال کے باہر آنے کا راستہ رک جاتا ہے اور اس طرح استقائے دماغ کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

خون کی سیلیت اور دہ جالینوس (veins of Galen) سے بھی ہوتی ہے۔ لہذا ان پر دباؤ پڑنے سے اسی قسم کا نتیجہ برآمد ہو سکتا ہے۔ یہ خیال پیش کیا گیا ہے کہ استقائے دماغ کی حالتوں میں جانبی بطینوں کے اندر کا دباؤ دماغی نخاعی سیال کی سیلیت تحت جانی فضا میں کرنے سے کم کیا جاسکتا ہے۔ یہ سیال کسی ایسے دباؤ کے زیر اثر جو دماغی وریدوں کے اندر کے دباؤ کی نسبت زیادہ ہو جذب ہو جاتا ہے (ہل : Hill)۔

اگر دماغ بھی اتلا سے کلانی یافتہ ہو جائے تو اسے نہ دبنے والی ہڈی کی بجائے ترتیب پذیر آبی بستر سے مابقت پڑتا ہے، اور اپنی کلانی کے زمانہ میں یہ اس سیال کے کچھ حصہ کو جو اسکے ارد گرد موجود ہوتا ہے زیر غلبہ قوتی فضا کے شوکی حصہ میں منتقل کر دیتا ہے۔ بطین (Hilton) نے قاعدہ کے کسر کے ایک مریض کے متعلق جسکے کان سے دماغی نخاعی سیال بہ رہا تھا الملاحہ دی گئی، جس سے یہ متبادل اثر بخوبی واضح ہوتا ہے۔ جب اسکی ناک اور اسکا منہ بند کر دئے جاتے تھے اور گردن کی وریدیں مضبوط کر دیا جاتی تھیں تو زفر کے لئے کوشش کرنے کے ساتھ ہی اخراج سیال میں بہت اضافہ ہو جاتا تھا۔

بالغ کے دماغی نخاعی نظام میں سیال کی کل مقدار کا اندازہ ۱۳۰-۱۵۰ مکعب انچ (تقریباً ۴ اونس) کیا گیا ہے۔ اسکا افراز (۱) جانبی بطینوں میں، (۲) تیسرے بطین کی چھت میں، اور (۳) چوتھے بطین کی چھت میں ضغیر و جات شمیمہ (choroid plexuses) سے ہوتا ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ برٹلیفی (ependymal) سرحد ہی جسکی پوش ان ضغیر و جات پر موجود ہوتی ہے حقیقت میں افراز کے فعل کو سرانجام دیتا ہے۔ یہ سیال مندرجہ ذیل ساختوں کے ذریعہ سے جذب ہوتا ہے۔ (۱) لمفی فضاؤں سے جو عصبی جڑوں کے ارد گرد موجود ہوتی ہیں۔

(۲) وریدوں اور وریدی فضاؤں میں گزرنے سے۔ نیز (۳) اجسام پیکونی (Pacchionian bodies) کے ذریعہ سے بھی یہ وریدی نظام میں پہنچ جاتا ہے۔ جب میتھیلین بلو (methylene blue) کا اشراب شوکی زیر معنکبوتی فضا میں کیا جاتا ہے تو یہ فوراً دماغ کے لطینوں میں ظاہر ہو جاتی ہے جس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ انتشار جلد ہی واقع ہو جاتا ہے۔ مزید برآں دوران خون میں بھی یہ فوراً ہی ظاہر ہو جاتی ہے۔ اور اسکا اخراج گردوں سے ہوتا ہے۔ عروق لمف سے یہ بہت آہستہ جذب ہوتی ہے، کیونکہ گردن کے غدود کچھ عرصہ گزرنے سے پہلے لون نہیں ہوتے۔



شکل ۱۲۔ پندرہ ماہ کے بچے کے جسم خنامیہ، تیسرے لطین، اور اسراس الوتد، انفی بلعوم کی تراش۔ نخامی برون بالید کی ڈنڈی کا بقیہ حصہ انفی بلعوم کی چھت میں ظاہر کیا گیا ہے۔

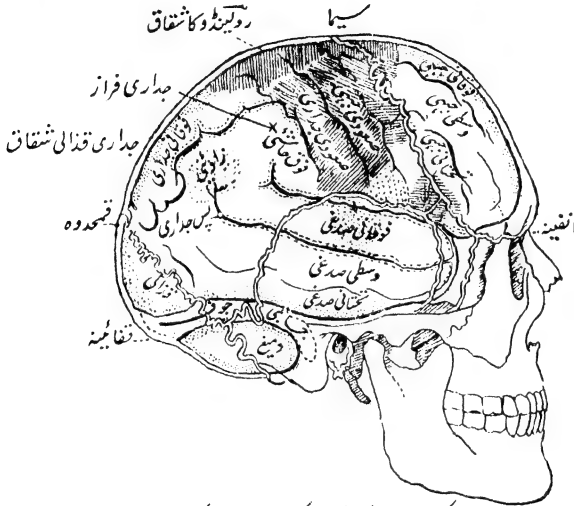
جسم نخا میہ (pituitary body)۔ زمانہ حال میں جسم خنامیہ کو جو ام حانیہ

کے ایک مخصوص خانہ میں بند ہوتا ہے اور اسراس الوتدی (basi-sphenoid) کی بالائی سطح پر واقع ہوتا ہے بہت سی جراحی اہمیت حاصل ہو گئی ہے شکل ۱۲ میں اسکی شکل اور اس کے تعلقات ظاہر کئے گئے ہیں جیسا کہ یہ کم عمر بچہ میں دکھائی دیتے ہیں۔ اسکی ڈنڈی تیسرے لطین کے فرش سے نیچے کی طرف کو آتی ہے اور موخریا معصبی (neural) لختہ میں پہنچ کر ختم ہو جاتی ہے۔ مقدم یا غدی لختہ معصبی لختہ کے ساتھ لگا ہوتا ہے اور اسکو ہر طرف سے محیط کرتا ہے۔ غدی لختہ جو فم الاصلی (stomodæum) یعنی جنین کے ذہنی نشیب سے بطور ایک برون بالید کے پیدا ہوتا ہے، دو حصوں میں منقسم ہوتا ہے۔ ایک گردعصبی (perineural) یا درمیانی (intermediate)

حصہ (ہیرنگ: Herring) 'ہو عصبی لختہ کے ساتھ قریبی طور پر ملا ہوتا ہے' اور دوسرا مقدم (anterior) یا پیش عصبی (preneural) حصہ۔ گرد عصبی (perineural) اور پیش عصبی حصہ ایک مرکزی کہفہ کے ذریعہ سے علحدہ ہوتے ہیں۔ اور یہ کہفہ سن طوغ پر منطس ہو جاتا ہے (شکل ۱۲)۔ پیش عصبی غدی حصہ بعض اوقات بیش پروردہ ہو جاتا ہے، اور اس سے ایک غدی سلعہ طیار ہو جاتا ہے۔ ایسے بہت سے مریضوں میں جسم کے مختلف حصے (خاص کر چہرہ، ہاتھ اور پاؤں) بڑھنا شروع کر دیتے ہیں اور بہت بڑے ہو جاتے ہیں جس سے ایک لٹا جو کبر الجوارح (acromegaly) کے نام سے موسوم ہے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر یہ بیش پرورش جوانی کے زمانہ میں واقع ہو تو خیر کی تمام ہڈیاں جلد بڑھنا شروع کر دیتی ہیں، اور عفریتیت (gigantism) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ نخامیہ کا گرد عصبی غدی حصہ جسم کے مختلف حصوں کی بالیدگی کو اندرونی افزا کے ذریعہ سے منظم رکھتا ہے، اور اگر یہ افزا ضرورت سے زیادہ ہو تو اس سے بیش پرورش پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت سے مریضوں کو علمیہ سے جس میں غدی لختہ کا کچھ حصہ کھرچ دیا جاتا ہے، فائدہ ہوا ہے۔ بالغوں میں نخامیہ تک وندی جوف میں سے جس کی چھت پر یہ جسم واقع ہوتا ہے، رسائی حاصل کی جاتی ہے۔ اس جوف تک پہنچنے کا طریقہ یہ ہے کہ ناک کے غضروفی حصہ کو الٹ کر انفی فاصل (septum nasi) کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو جاتے ہیں حتیٰ کہ وندی جوف آجاتا ہے۔ ایک اور راستہ بھی ہے جو شاید مذکورہ راستہ سے بہتر ہے، اور یہ صدغی حفرہ میں سے ہے۔ دماغ کے صدغی لختہ کو اوپر اٹھانے کے لئے ناکہ جسم نخامیہ معرا ہو جائے صدغی حفرہ میں وسیع تر فافان کرنا ضروری ہوتا ہے جب نخامی سلعات پھیلنے میں تو کھنکھی اجواف کو مضبوط کر دیتے ہیں، اور بصری اعصاب (optic nerves) کے ساتھ قریبی علاقہ رکھنے کی وجہ سے جنوی بصری ذبول اور کوری، اور نیز میدان نظر میں تخفیف بھی پیدا کر دیتے ہیں۔ ایسا سلعہ بعض اوقات وندی جوف کی چھت کو منقض کر دیتا ہے۔

شکل ۱۲ میں بڑھتے ہوئے نخامیہ کی وندی کا بنیہ حصہ انفی بلعوم کی چھت میں ظاہر کیا گیا ہے۔ ارڈ ہائیم (Erdheim) نے جن جسموں کا (جو ۵ سے اوپر ہیں) امتحان کیا ہے ان سے یہ معلوم ہوا ہے کہ جنینی نخامیہ کا بنیہ حصہ (انفی بلعومی نخامیہ) جسم میں موجود ہوتا ہے۔ نخامیہ متجا کے ایک خانہ میں واقع ہوتا ہے جس کی چھت اسکے جسم کی ڈنڈی سے مشتب ہوتی ہے۔ (دلاشاعوں کی مدد سے نخامی حفرہ کا جو شکل ظاہر ہوتی ہے وہ شکل ۱۰ میں ظاہر کی گئی ہے)۔ نخامیہ کو رسد خون کثیر التعداد و عروق سے پہنچتی ہے جو دائرہ ولس (circle of Willis) سے نکلتے ہیں

اور نیچے اتر کر نخاعینہ کی ڈنڈی تک پہنچ جاتے ہیں۔
دماغ کے سطحی تعلقات۔ (شکل ۱۳ و ۱۶) دماغ کا طولی شقاق



شکل ۱۳ دماغ اور سی حرکی رقبہ جات کے تعلق کو کھوپری سے ظاہر کرتی ہے۔ کوئین: Quian سے ترمیم کی گئی ہے۔ جسی حرکی رقبہ تا ناریکہ کر ڈسے گئے ہیں۔ ہنگامہ در دھڑکے رقبہ جات میں عمودی خطوط کھینچے گئے ہیں۔ اور بازو اور ہاتھ کے رقبہ جات کے خطوط ان کے کی طرف کو اور پیرو اور منہ کے رقبہ جات کے خطوط پیچھے کی طرف کو کمال ہیں۔ زبانان بلعوم اور جھرو کے رقبہ جات پر نقطہ ڈالے گئے ہیں۔ سمودی ہمہی تلیف میں ہیں وہ رقبہ جات شامل ہوتے ہیں جو فصل میں صرف حرکی ہوتے ہیں۔ سرخ خطوط ظاہر کی گئی ہے۔ تلیف برودکا (Broca) پر تلگم کام کر افقی خطوط سے تاریک کیا گیا ہے۔ الفاظ سننے کام کر فونانی صدی تلیف پر اور الفاظ دیکھنے کام کر زاوی تلیف پر ظاہر کیا گیا ہے۔ سطحی اور تلسانی ہمہی تلیف کے موڑھوں پر جو رقبہ افقی خطوط سے تاریک کیا گیا ہے، وہ سر اور آنکھوں کی مشرک حرکتوں کے لئے ہے۔

(longitudinal fissure) قتمہ الراس پر سے مقطب (glabella) سے لیکر خارجی قذالی ابھار تک خط کھینچنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ یہ سامنے سے تنگ ہوتا ہے مگر چونکہ اس میں طولی جوف موجود ہوتا ہے جو پیچھے جاکر فوراً چوڑا ہو جاتا ہے، اسلئے کھیل طرف اس کا عرض معتد بہ ہو جاتا ہے اور بائیں دماغی نصف کرہ کے غلبہ کی وجہ سے یہ بالعموم خط وسطی سے کسی قدر دائیں طرف کو واقع ہوتا ہے۔ خارجی قذالی ابھار اور کان کے درمیان

جانبی جوف دماغ کے زیریں لیول کی اور دمیخ کے اوپر کے لیول کی حد بندی کرتا ہے (شکل ۶ اور ۱۳)۔ کان کے آگے وجہ (zygoma) کے بالائی کنارہ کی موثر ترین یو تقاضی سدھی نختہ کے زیریں کنارہ کو ظاہر کرتی ہے۔ سدھی نختہ کا قطب مجری کی بیرونی کور سے $\frac{3}{4}$ انچ پیچھے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶)۔ پیشانی پر دماغ کی زیریں حد کا اندازہ مقطب (glabella) سے لے کر نقطہ سٹویس (Sylvius) تک مجری بالائی کور سے $\frac{1}{4}$ انچ اوپر خط کھینچنے سے کیا جاسکتا ہے۔ بصلہ بات شمیمہ (olfactory bulbs) انفینہ (nasion) کے لیول پر واقع ہوتے ہیں (شکل ۱۳)۔

دمیخ کا استقصاء خارجی منفذ کے نقطہ وسطی کے لیول سے $\frac{1}{4}$ انچ نیچے اور $\frac{1}{4}$ انچ پیچھے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۱۳)۔ یہ گہرا واقع ہوتا ہے کیونکہ غذائی عضلات (occipital muscles) کے منہاؤں سے ڈھکا ہوتا ہے۔

رولینڈو (Rolando) کے شقاق کی نشاندہی کے جوہریت سے طریقے

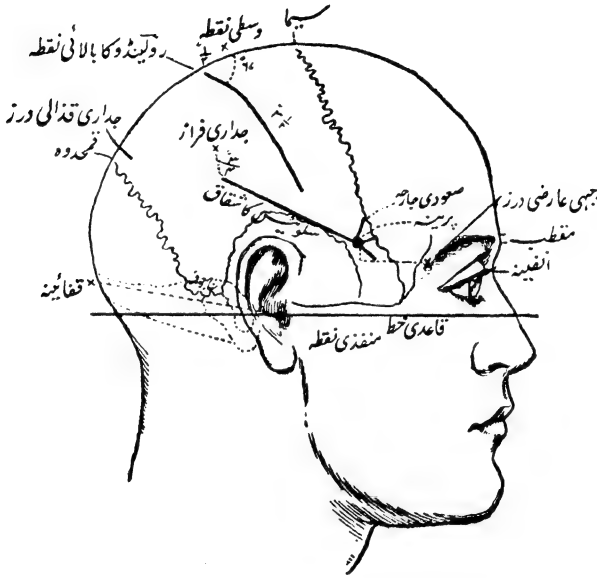
پیش کئے گئے ہیں ان میں وہ طریقہ جس کا ذکر صفحہ 26 پر کیا گیا ہے نہایت سادہ اور صحیح ہے۔ جو خط وہاں کھینچا گیا ہے وہ بعض اوقات شقاق کے عین اوپر واقع نہیں ہوتا، کیونکہ سر کی شکل کے لحاظ سے اس کا محل بھی کسی قدر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ دماغ کے حسی حرکی رقبہ جات معودی جبھی اور جداری تلافیت میں، جو رولینڈو کے شقاق کی حد بندی کرتے ہیں، بہت بڑی حد تک واقع ہوتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک تکلیف کا اوسط عرض $\frac{3}{4}$ انچ ہوتا ہے۔ اکللیل درز (coronal suture) کا بالائی حصہ رولینڈو کے شقاق سے ۲ انچ آگے، اور نیچے کا حصہ اس سے $\frac{1}{4}$ انچ آگے ہوتا ہے۔

سٹویس (Sylvius) کے شقاق کی نشاندہی مندرجہ ذیل طریقہ سے

کی جاسکتی ہے۔ جبھی عارضی (fronto-malar) اتصال سے جو ایک نمایاں کٹاؤ سے مراد ہوتا ہے، $\frac{1}{4}$ انچ اوپر اور $\frac{1}{4}$ انچ پیچھے ایک نقطہ مقرر کر لیا جاتا ہے۔ یہ نقطہ کنبی میں عظم جداری کے پیش زیریں زاویہ کے عین اوپر واقع ہوتا ہے (پرینہ: pterion)۔ پرینہ سٹویس کے شقاق کے تینوں جوارح اور اس کے تنے کے مقام اتصال کو ظاہر کرتا ہے۔ اگر ایک خط پرینہ سے پیچھے اور اوپر کی طرف کو جداری فراز سے $\frac{3}{4}$ انچ پیچھے تک کھینچا جائے تو

یہ موثر افقی جارحہ (posterior horizontal limb) یا فرع (ramus) کے محل وقوع کو ظاہر کریگا (شکل ۱۳)۔ اگر جداری فراز بخوبی نمایاں نہ ہو تو شقاق مذکور کی نشاندہی جیسی عارضی کٹاؤ کو پریمسہ (pteron) سے ملانے اور اس خط کو پیچھے کی طرف سیدھا بڑھا کر

50



شکل ۱۳۔ وہ خطوط دکھائے گئے ہیں جو دماغ کے بڑے بڑے شقاق کو ظاہر کرتے ہیں مدیہ (Reid) کا قاعدی خط مجر کے زیرین مائشہ سے پیچھے کی طرف کو منقذی نقطہ میں گزرتا ہوا کھینچا گیا ہے۔

جداری فراز تک لیجانے سے، جیسا کہ شکل ۶ میں ظاہر کیا گیا ہے، کی جا سکتی ہے (آر۔ جے۔ بری R.J. Berry)۔ اس فرع (ramus) کی حدیں پیچھے کی طرف فوقانی صدی تغلیف سے بنتی ہے جیسے ٹمٹ وسطی میں "ساعت الفاظ" مرکز ہوتا ہے (شکل ۱۳)۔ اوپر کی طرف اسکی حد بندی آگے سے لیکر پیچھے کی طرف کو تحتانی جہی تغلیف کے قاعدی حصہ، صدوی جہی اور جداری تغلیف کے زیرین سروں، اور فوق حاشی ترمید (supramarginal gyrus) سے ہوتی ہے بل لکڑ

51

میں حصوں میں زبان، جگر، بلعوم اور منہ کی حرکتوں کے مرکز واقع ہوتے ہیں۔ اگر خط سکویٹس کے اختتام کے ساتھ ملا کر ایک پینی (penny) رکھ دیا جائے تو وہ زاویہٴ تلفیف کو جس میں ”بصارت الفاظ“ کا مرکز موجود ہوتا ہے دھک لگایا (شکل ۱۳)۔ جداری فراز فوق حاشیہٴ تلفیف کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ شقاق سکویٹس کا صعودی جارحہ پرینہ (pterion) سے اوپر کی اور کسی قدر آگے کی طرف کو ایک $\frac{3}{4}$ انچ لمبا خط کھینچنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے اور چھوٹے مقدم افقی جارحہ کی نشاندہی اسی نقطہ سے آگے کی طرف کو ایک $\frac{1}{4}$ انچ لمبا خط کھینچنے سے کیا جاسکتی ہے۔ صعودی اور مقدم جوارح کے درمیان تختانی جبہٴ تلفیف کا جزو منسلک (pars triangularis) واقع ہوتا ہے جس میں ”حرکی تکلم“ (motor speech) کا مرکز موجود ہوتا ہے۔ بروکا (Broca) کا یہ خیال تھا کہ بائیں تختانی جبہٴ تلفیف (جو اکثر تلفیف برد کا کہلاتی ہے) لفظ سے ایک خاص تعلق رکھتی ہے۔ مگر حال ہی میں پیرے میرے (Pierre Marie) اور دوسروں نے اس حصہ کے مرض کے کئی ایک واقعات کا بیان شائع کیا ہے جن میں لفظ غیر متاثر رہا تھا۔ شقاق سکویٹس کا تنہا $\frac{1}{4}$ انچ لمبا ہوتا ہے اور عظم وندی کے جناح کبیر کے بیچے سے بیچے اور آگے کی طرف کو جاتا ہے (شکل ۱۳)۔ صدغی لختہ اس کے نیچے واقع ہوتا ہے۔

عظم جداری کے چاروں زاوے بھیجے سے اہم تعلقات رکھتے ہیں۔

پیش زیرین زاویہ تختانی جبہٴ تلفیف کے موخر حصہ اور شقاق سکویٹس کے مقدم افقی اور صعودی جوارح کو پوشیدہ رکھتا ہے۔ وسطی سمائی بشریان کی مقدم شاخ معد اپنے رفیق جوف کے اسکے بیچے سے اوپر کو چڑھتی ہے۔ پیش فوقانی زاویہ سیما (bregma) پر فوقانی جبہٴ تلفیف کے انتہائی سرے اور ٹولے کے حرکات کے مرکز کو پوشیدہ رکھتا ہے پس فوقانی زاویہ تمودہ (lambda) پر تہ الی لختہ کے بالائی حصہ کے اوپر اور جداری تہ ذالی شقاق سے $\frac{1}{4}$ انچ پیچھے واقع ہوتا ہے۔ پس تختانی زاویہ جانبی جوف کے انحداب کو پوشیدہ کرتا ہے اور دماغ کی زیرین حد کو ظاہر کرتا ہے۔ شقاق سکویٹس کے موخر جارحہ کا مقدم نصف فلسمانی درز (squamous suture) کے بیچے واقع ہوتا ہے اور پیچھے کی طرف کو یہ سب کا سب عظم جداری کے نیچے چلا جاتا ہے۔ لہذا اس سے یہ ظاہر ہے کہ عظم جداری تمام جداری لختہ، جبہٴ اور

52

صدغی لغوئیں کے موخر حصوں، اور قذالی لغوئہ کے بالائی ماشیہ کو ڈھکھتی ہے۔

ستھانی صدغی تلفیف (inferior temporal convolution)

وجنہ کے بالائی کنارہ اور خارجی منفذ کے اوپر سے پیچھے کی طرف کو چلی جاتی ہے، اور طبل (tympanum) کی چھت پر ٹٹکن ہوتی ہے۔ اسلئے یہ ان خراجات کا عام ترین محل ہے جو اذنِ وسطی کے امراض کے بعد پیدا ہوتے ہیں (شکل ۱۴)۔

بھیجے کے قاعدی عقدے (basal ganglia) (جسم غلط: corpus striatum)

اور عرشہ بصری (optic thalamus) اپنے بیرونی رخ پر جزیرہ ریل (island of Reil) سے ڈھکے ہوتے ہیں۔ یہ جزیرہ شقاق سلوئیں کے مقدم تین چوتھائی حصہ میں دبا ہوتا ہے، لہذا اس کے اوڑ قاعدی عقدوں کے لئے بھی شقاق مذکور کے سطحی نشانات ہی استعمال کئے جاسکتے ہیں (دیکھو شکل ۶ و ۱۴)۔ اگر پرینسہ (pteron) کے سامنے نصف انچ نصف قطر کا نصف دائرہ کھینچا جائے تو یہ قاعدی عقدوں (basal ganglia) کی مقدم حد کو ظاہر کرے گا، اور انکی موخر حد اس نقطہ کے سامنے کی طرف اس سے کسی قدر فاصلہ پر واقع ہوتی ہے جس پر جانبی بطینات کا بزل کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۳ - صفحہ ۱۵)۔ یہ نقطہ مندرجہ ذیل طریقہ سے معلوم کیا جاتا ہے خارجی منفذ سے ایک انتصابی خط ۵ سنی میٹر (۲ انچ) لمبا اوپر کی طرف کو کھینچا جاتا ہے۔ جس نقطہ پر جانبی بطین کا بزل کیا جاتا ہے وہ اس خط کے بالائی سرے سے ۲ سنی میٹر (۱ انچ) پیچھے واقع ہوتا ہے۔ یہاں پر اگر مینزل (trocar) بھونک دیا جائے تو وہ جانبی بطین میں اسکے جسم اور نزولی اور موخر قروں کے مقام اتصال پر داخل ہوتا ہے (جنگلس: Jenkins)۔

نیچے کے حسی حرکی رقبہ جات - بعض ضربات دماغ کا مقام معلوم کرنے اور ان عملیہ جات میں رہبری کے لئے بوقشرہ دماغ پر کئے جاتے ہیں، جراح کے لئے ان رقبہ جات کے محل کی واقفیت رکھنا نہایت ضروری ہے۔ پہلے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ یہ رقبہ جات صعودی جہی (پیش مرکزی: precentral) اور نیز صعودی جداری (پس مرکزی: postcentral) تلفیف میں واقع ہوتے ہیں۔ مگر شرنگٹن (Sherrington) اور گرؤنباوم (Grünbaum) نے بشر آساقرو (anthropoid apes) میں ان تلفیف کے قشرہ کو زیادہ صحیح طور پر پہچان بہنچانے سے یہ دریافت کیا ہے کہ حرکی تعاملات محض صعودی جہی تلفیف ہی سے حاصل ہوتے ہیں۔

اگر سلعہ حسی رقبہ پر واقع ہو تو یہ اس رقبہ کی زیر اثر حرکتوں میں تحریک پیدا کر دیتا ہے۔ اور اگر یہی رقبہ پر واقع ہو تو جو احساسات اسکے متعلق ہوتے ہیں انہیں تحریک پیدا ہو جاتی ہے۔ اس میں جانک بعد قشرہ میں جلد ہی تباہی نمودار ہو جاتی ہے، اور اسکے وظائف معطل ہو جاتے ہیں۔ لہذا ابتدائی تحریک کی جگہ فقدان حرکت اور فقدان حس نمودار ہو جاتا ہے۔ دروں بھی بالیدوں سے پیدا شدہ علامات کی



شکل ۱۶ پیش مرکزی تیزید کے تلافینی مرمیہ جات اور حسی رقبہ جات کے ساتھ انکے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔ (سمٹنگٹن : Symington اور کرمبل : Crymble)۔

تخصیص مقام بعض اوقات ممکن نہیں ہوتی، کیونکہ چھوٹے سے سلعہ سے بھی جو کھوپری کی استوار دیواروں کے اندر ہونے والے ایسے اثرات پیدا ہو سکتے ہیں جو وسیع رقبہ جات پر منقسم ہوتے ہیں۔ آنکھوں کے زوجی حرکات (conjugate movements) وسطی جبہ تلفیف کے موخر سرے پر کے قشرہ کے زیر اثر ہوتے ہیں (شکل ۱۵)۔ مزید برآں قشرہ میں بہت سے ابتدائی حسی رقبہ جات بھی ہیں (وہ رقبہ جات جو بصارت اور سماعت اور شامہ سے تعلق رکھتے ہیں) جو دروں بھی ضررات سے متاثر ہو سکتے ہیں، اور ان سے ایسے علامات پیدا ہوتے ہیں جن سے جراح کو مکمل مرض معلوم

کرنے میں مدد ملتی ہے۔ استنبصاری قشرہ (visual cortex) ظہری شقاق (calcarine fissure) کے نزدیک اور قذالی لخنہ کے ارد گرد واقع ہوتا ہے۔ ”بصارت الفاظ“ کا مرکز زاویہ ٹریٹ (angular gyrus) میں واقع ہوتا ہے (شکل ۱۳)۔ سمعی قشرہ (auditory cortex) فوقانی صدغی تلیفیف کے گہرے یا دہے ہوئے حصہ میں پایا جاتا ہے۔ اور ”ساعت الفاظ“ کا مرکز اس تلیفیف کے وسطی ثلث سے منسوب ہے۔ سنی قشرہ (olfactory cortex) خطاف (uncus) میں واقع ہوتا ہے، جو صدغی لخنہ کے اندر کی طرف موجود ہوتا ہے۔ خطاف کے قرب وجوار کئی لغات سنی احساسات میں اختلال پیدا کرنے کے علاوہ ”خوابی حالتیں“ بھی پیدا کر دیتے ہیں۔

بیجیج کے متعلق عمومی طور پر کچھ کہنے کی ضرورت نہیں۔ جراحی نقطہ نگاہ سے

یہ نرم بافت کا صرف ایک بڑا سا تودہ ہے جس کو ہلانے سے اسی طرح نقصان پہنچ سکتا ہے جس طرح کہ جلائین کو ڈبہ میں ہلانے سے پہنچتا ہے۔ چونکہ اسکی ساخت ایسی ہوتی ہے کہ یہ بہت آسانی سے دب سکتا ہے، اور اس سے جمی کہضہ تباہہ بر نہیں ہوتا، اسلئے یہ کھوپری میں ادھر ادھر ہلایا جاسکتا ہے، اور اپنی دیواروں کے ساتھ ٹکرانے سے اسکو نقصان پہنچ سکتا ہے۔ بیجیج کی کوئی یا اس کے کچلے جانے کی حالت میں یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ جہاں تک دماغ اور دماغ کا تعلق ہے ضرر دوسرے حصص کی نسبت زیادہ کثرت سے انہی کی زیریں سطح پر واقع ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 43)۔ مگر مذکورہ بیان کی ایک نمایاں استثنائی حالت بھی ہے اور وہ یہ ہے کہ دماغ کے قاعدہ کے وہ حصے جو دماغی تنخاعی سیال کے ایک عظیم قاعدی اجتماع پر مشتمل ہوتے ہیں شاذ و نادر ہی کوفتہ ہوتے ہیں۔ یہ حصے تنخاع مستطیل، جسر، اور میاں ساپچی فضا پر مشتمل ہوتے ہیں۔

رسد خون عروق خون کی رسد دماغ میں بہت مضبوط ہوتی ہے۔ دونوں

بڑے بڑے شریانی تنوں (فقری: vertebral اور داخلی باقی: internal carotid) میں کھوپری میں داخل ہونے سے قبل خم پیدا ہو جاتے ہیں، جسکا مقصد شائد یہ ہے کہ انقباض قلب کے جواثرات دماغ پر ہونے میں ان میں کھینچ ہو جائے۔ داخل ہونے کے ذرا بعد ہی یہ ایک منجم دارہ (دائرہ ویلس: circle of Willis) کی شکل میں مل جاتے ہیں، جسکا اثر یہ ہوتا ہے کہ دماغی دوہلن جو میں یکسانیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ ریلٹی جاری صرف اسی حالت میں کارآمد ثابت ہوتے ہیں جسکے ان

شریائوں میں سے جن سے دائرہ ولس بنتا ہے کوئی بڑی شریان مسدود ہو جائے۔ اگر زندہ کتنے کی بائیں سباتی (carotid) شریان میں کسی رنگین مصلول کا انشراب کرویا جائے تو تو بیانی مادہ صرف بائیں نصف کو رنگ ہی محدود رہتا ہے۔ لیکن اگر دائیں سباتی (carotid) شریان پہلے ہی سے باندھ دی گئی ہو تو تخریبی مادہ دائیں اور بائیں دونوں نصفوں میں پایا جاتا ہے (Kramer:)

وسطی، دماغی (middle cerebral) شریان کی سداویت سے دماغی قشر کا ایک وسیع رقبہ تباہ ہو جاتا ہے۔ یہ عرق تیسرے جہی، بالائی اور وسطی صدغی، زوایا، فوق حاشی، اور نیز صغودی جہی اور جدار ہی تزارید کی زیرین دوتہائی کو رسد پہنچاتا ہے۔ ایسی حالت میں حسی حرکی رقبہ کے صرف وہی حصے تباہ ہونے سے بچتے ہیں جو حوارج اسفل اور وسط کے لئے ہوتے ہیں۔ ان مرکوزوں کو اور جہی اور جدار ہی لمختوں کی وسطانی طرف کو، اور بیرونی جانب پر قشر کے ہم پہلو حصہ کو مقدم دماغی (anterior cerebral) شریان رسد پہنچاتی ہے۔ قذالی لمختہ اور صدغی وندی ملاقیف کو موخر دماغی (posterior cerebral) شریان سے رسد پہنچتی ہے۔

ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک مشترک سباتی (common carotid) شریان کی بندش سے بھیجے پر کوئی اثر نہ ہو، اگرچہ اس علقہ کے بعد موت زیادہ تر دماغی جیسید گیوں ہی سے واقع ہوتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ایک سباتی (carotid) اور دو فقری (vertebral) شریانیں بھیجے کو کافی خون لاسکتی ہیں، مگر طبی عروق میں کافی کلانی پیدا ہونے سے پیشتر جس سے بھیجے کے تمام حصوں کو خون یکساں طور پر تقسیم ہو سکے، چند ہفتے گزر جاتے ہیں۔ دونوں مشترک سباتی شریانوں کو بند لگایا گیا ہے۔ اور نیز ایک طرف کی سباتی شریان کے مرض کی وجہ سے مسدود ہونے کی حالت میں دوسری طرف کی سباتی شریان باندھی گئی ہے، مگر کوئی نمایاں دماغی اختلالات رونما نہیں ہوئے۔ مگر جب دونوں شریانوں کے بند کرنے میں چند ہفتوں سے کم وقفہ رہا ہے تو مریض کسی حالت میں بھی روبصحت نہیں ہوا۔ فقری شریانیں دماغ کو خون کی ایک کافی مقدار بھیج سکتی ہیں بشرطیکہ ان پر بار تدریج ڈالا جائے اور دماغ کو کچھ وقت دیا جائے تاکہ وہ اس تغیر سے آہستہ آہستہ موافقت پیدا کرے۔ کتے میں چاروں کی چاروں شریانوں کو بند لگانے کے بعد شوکی اور دماغی شریانوں کا تقزم جو سوراخ کبیر (foramen magnum) میں ہوتا ہے زندگی قائم رکھنے کیلئے کافی ثابت ہوا ہے (Hill:)۔ چھوٹی دماغی شریانوں میں سے کسی ایک میں سادات (emboli) کی واٹ لگ جانے سے عام طور پر فوراً تباہ کن نتائج پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایسی سداویت

علم الجراحت میں مشترک سباتی (common carotid) شریان کے انورس کے سلسلہ میں پائی جاتی ہے۔ ایسا بھی ہوا ہے کہ ان انورسوں کے صرف امتحان ہی کرنے میں تاجہ میں سے تھکے کا ایک ٹھونڈا سا ٹکڑا اعلیٰ ہڈی کے دماغ میں چلا گیا، اور اس سے کسی ایک دماغی عرق میں ڈاٹ لگ گئی۔ چنانچہ سباتی شریان کے انورس کا صرف امتحان ہی کرنے سے ناچ نصفی (hemiplegia) پیدا ہو چکا ہے جیسا کہ لیڈز (Leeds) کے مسٹر ٹیل (Mr. Teale) نے ایک واقعہ میں درج کیا ہے۔ دماغ کے نبضانات ایسے سلعات یا اجتماعات سیال ہیں بھی منتقل ہو جاتے ہیں جو کوہی کے کسی دور میں سے سطح دماغ تک پہنچ جائیں۔ ایسے نبضانات شریانی نبض سے مراد ہوتے ہیں مگر دماغی نبضات کے نبض نگاری ترسیلات (sphygmographic tracings) سے مدد معنی منہی۔“

(respiratory curve) بھی ظاہر ہوتا ہے، جس کا بلا واسطہ ایصال صدر سے وریڈوں کے اندر کے خون کے ذریعہ سے ہوتا ہے۔ وداجی وریڈ (jugular vein) کے زیرین سرے پر جو مصراع ہوتا ہے وہ خون کی بلا واسطہ بازوی کو جو قلب سے دماغ کی طرف کو ہوتی ہے روکتا ہے، مگر یہ خون کے دباؤ کے انتقال کو نہیں روکتا۔

اگرچہ بھیجے کے زخموں میں سے سیلان خون بکثرت ہوتا ہے، مگر یہ سیلان بغیر کسی وقت کے بند ہو جاتا ہے، کیونکہ عروق میں فوری انقباض کی استعداد موجود ہوتی ہے۔ دماغ کے قشرہ سے بڑے بڑے سلعات کا استیصال نزف سے ضرورت سے زیادہ وقت اٹھائے بغیر کیا جاسکتا ہے۔ دماغی شریانیوں کی انتہائی شاخوں کے درمیان ام خونہ میں بکثرت تقسم پایا جاتا ہے، مگر وہ بہت چھوٹی چھوٹی شریانیوں جو قشرہ کو منقب کرتی ہیں اور اس کو رسد پہنچاتی ہیں انتہائی ہوتی ہیں۔ لہذا اگر دماغ کی سطح پر کوئی دباؤ ڈالا جائے تو اس سے قشرہ کے اس حصہ میں عدم دمویت پیدا ہو جائیگی، اور اگر یہ دباؤ اسی طرح رہے گا تو یہ حصہ تباہ ہو جائے گا۔

کسی دماغی وریڈ کو باندھنے سے قشرہ کے اس حصہ میں جس کی سیلیت اس میں ہوتی ہے عام طور پر زبول واقع ہو جاتا ہے (ہارسلے : Horsley)۔ دماغ کی سطح پر ہمیشہ ایک متغیر وریڈ ہوتی ہے، اور بعض اوقات ایک سے زیادہ بھی ہوتی ہیں۔ یہ وریڈ بالائی دماغی وریڈوں کو زیرین دماغی وریڈوں سے ملاتی ہیں۔ زیرین دماغی وریڈیں تعداد میں چار ہوتی ہیں۔ ان میں تین صدی اور غذائی لختوں میں سے نکل کر جانی جوف میں ختم ہو جاتی ہیں، اور چوتھی سلویس (Sylvius) کی سطحی وریڈ غلیم وندی کے جناح صغیر کے جوف میں جا کر ختم ہو جاتی ہے۔ صدی اور غذائی لختوں کو

ان وریدوں کو منشق کئے بغیر جو جانبی جوف سے جا کر ملتی ہیں خیمہ (tentorium) پر سے اٹھایا نہیں جاسکتا۔

دیمغ (cerebellum) کی تقریباً ساری وریدیں جانبی جوف پر جا کر ختم ہوتی ہیں۔ اسکی شریانیں فقری (vertebral) اور قاعدی (basilar) شریانوں سے نکلتی ہیں۔ دیمغ جسر اور شناع مستطیل کو جو مختلف شریانیں رسید پہنچاتی ہیں وہ اپنی تقسیم میں انتہائی ہوتی ہیں اور اس لئے ہر عصبی مرکز اور ہر رقبہ کی عرقی رسید اپنی اپنی ہوتی ہے (سٹاپ فورڈ: Stopford)۔ دیمغ کے سلعات سے عضلی ضعف اور بے آہنگی (inco-ordination) دوران سر اور عدم توازن پیدا ہو جاتا ہے۔ دودہ (vermis) یا دیمغ کے وسطی حصہ کا تعلق دھڑ کو تمبیدہ کرنے کی حرکات کے ساتھ زیادہ بلا واسطہ ہے۔ جانبی لیختے ہم آہنگی اور جسم کو پھیرنے کے حرکات (وہ حرکات جو دھڑ کے انتقبانی محور پر کئے جاتے ہیں) سے تعلق رکھتے ہیں (ہارسلی: Horsley)۔ یہیں ایسے ثبوتوں کی بنا پر جن کی تعداد میں بند ریج اضافہ ہوتا جاتا ہے یقین ہو گیا ہے کہ دیمغ کا نقشہ فعلی اور خطی رقبہ بات میں منقسم ہے۔

باب چہارم

مجر اور آنکھ منجبر

(ORBIT)

مجر (orbit) کے قطر مندرجہ ذیل ہیں۔ پیش پشی تقریباً $\frac{1}{3}$ انچ (۴۳ ملی میٹر)؛
 انتصابی قاعدہ پر $\frac{1}{4}$ انچ (۳۱ ملی میٹر) سے ذرا زیادہ؛ افقی قاعدہ پر تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ (۲۵ ملی میٹر)۔
 گلوب کے قطر یہ ہیں۔ مستعرض ۲۴ ملی میٹر؛ پیش پشی ۲۴، ۵ ملی میٹر؛ انتصابی ۲۲ ملی میٹر (بریلی: Brailey)۔
 اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مقعدہ (eyeball) مجر کے اطراف کی نسبت اس کے
 بالائی اور زیریں حواشی کے زیادہ قریب ہوتا ہے، اور گلوب اور دیوار مجر میں سب سے زیادہ
 فاصلہ بیرونی جانب پر ہوتا ہے۔ لہذا گلوب سے باہر کی جانب پر شکاف دینے سے مجر کے اندر
 تک نہایت آسانی سے رسائی ہو جاتی ہے۔ اور مقعدہ کا استیصال کرنے میں عام طور پر باہر کی طرف
 ہی سے قیچی ڈال کر بصری عصب (optic nerve) کو کاٹا جاتا ہے۔ مگر بائیں آنکھ کو نکالتے
 وقت بصری عصب کو اندر کی طرف ہی سے کاٹنا زیادہ سہل ہوتا ہے۔

مجر کی عظمی دیواروں میں سے اس کا فرش، چھت، اور بالخصوص اسکی اندرونی دیوار،

یہ تینوں بہت پتلے ہوتے ہیں، اس لئے جو اجسام غریبہ مجریہ میں بھونکنے جائیں وہ زخمی کہنے یا ناک۔ یا عظم مصفاقی کے غلیات میں آسانی داخل ہو جاتے ہیں اور جب انکارخ اوپر کی طرف سے ہو تو یہ منارہ میں چلے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۲، صفحہ ۱۱۶)۔ بہت سی مثالوں میں نیز نوک والے کسی آلہ، مثلاً جھڑی یا نوک کا سر، مجریہ سے دماغ میں بھونک دیا گیا ہے اور اس خطرناک ضرر کے کوئی خارجی نشانات باقی نہیں رہتے۔ نیلیٹن (Nélaton) نے ایک واقعہ کا ذکر کیا ہے جس میں داخلی سبانی (internal corotid) شریان مجریہ سے زخمی ہو گئی تھی۔

مجری کی بیرونی دیوار کا مقدم ایک تہائی حصہ صدغی حفہ (temporal fossa)

سے عظم عارضی (عظم جنبی: os zygomaticum) کے ذریعہ سے (شکل ۱، ا) اور اس کا موخر دو تہائی حصہ کھوپری کے وسطی حفہ سے جس میں صدغی لختہ موجود ہوتا ہے، و تدی کے جناح کبر کے ذریعہ سے علحدہ ہوتا ہے۔ میاں مجری سلعات کے دور کرنے کے لئے ایک سکہ راستہ کروٹلین (Kronlein) نے دریافت کیا ہے، اور وہ یہ ہے کہ مجری کی بیرونی دیوار صدغی حفہ میں سے کھول دی جاتی ہے۔ خود کشی کرنے اور جنگ کے دوران میں جو زخم آتے ہیں ان سے یہ ثابت ہوا ہے کہ کوئی صدغی حفہ میں سے داخل ہو کر مجری کی بیرونی دیوار میں سوراخ کرنے کے بعد مقلبا بصری عصب کو تباہ کر سکتی ہے مگر دماغ کو چھوئے بغیر بھی چھوڑ دیتی ہے۔ صدغی لختہ کا قطب مجری کے بیرونی حاشیہ کے پیچھے اس سے ۲ سے لیکر ۵، ۲ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶ صفحہ ۲۵، اور شکل ۱۰ صفحہ ۳۶)۔

مجری کی دیواروں کے تعلقات جراحی نقطہ نگاہ سے دلچسپ ہیں، کیونکہ خون کے انقباض اور سلعات کی بروں بالیدیں قرب و جوار کے حفہ جات سے اس تک پھیل سکتی ہیں، نیز مخاط یا بیپ کے اجتماعات بھی مجری اور ام کی شکل میں نمودار ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ ایسا بھی ہوا ہے کہ صدغ پر شدید چوٹ لگنے سے خون تحتانی مجری (inferior orbital) (ہندی کی spheno-maxillary) شقاق میں سے گذر کر مجری میں پہنچ گیا ہے اور اس سے زیر طبعی کم (subconjunctival ecchymosis) پیدا ہو گیا ہے جسہی جوف کے متعدد ہونے سے خواہ یہ مخاط یا (مقلیہ خالیہ: mucocoele) یا بیپ سے مجری کے بالائی اور اندرونی حاشیہ پر اندرونی (وسطانی) جغنی رباط کے لیول سے اوپر بعض اوقات ایک نمایاں سلمہ نمودار ہو جاتا ہے جو گلوب کو نیچے کی

باہر کی اور آگے کی طرف کو دیکھیں دیتا ہے۔

مجربصلى روا (fascia bulbi) (حس کا ذکر آئندہ آئیگا) سے پیچھے چشم کے عضلات

عروق اور اعصاب کے علاوہ بہت سے پس مجرى نابستہ شحم (retro-orbital loose

(۱۱) سے ملو ہوتا ہے۔ اس جربی کے انجذاب سے ہزال کی حالتوں میں آنکھیں دھس جاتی ہیں۔ اس بافت کیوجہ سے مجرى خراج آسانی پھیل جاتا ہے۔ یہ خراج ضربات، بعض شبی التهابات، اور غریبی التهاب وغیرہ سے پیدا ہوتا ہے، یا منسلک عضلات سے بھی پھیل کر پہنچ جاتا ہے۔ یہ سب سے بعض اوقات تمام کفہ پر ہو جاتا ہے جس سے منقلہ آگے کی طرف کو نکل آتا ہے، اور اس کے حرکات محدود ہو جاتے ہیں۔ اور دوران کو میں منقلہ آنے کی وجہ سے لقمہ میں بہت سی سرخی پیدا ہو جاتی ہے، اور پوٹوں میں دم آ جاتا ہے۔ مزید برآں پس مجرى شحم میں تیراگیر جسامت اور عجیب غریب شکل کے اجسام غریبہ بھی غالباً ایک طویل عرصہ تک پڑے رہتے ہیں اور ان سے کوئی نمایاں علامات نمودار نہیں ہوتے جیسا کہ لوسن (Lawson) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں ٹوپی ٹانگنے کی ایک آہنی کھوئی کا سا پنج لبا کڑا مریض کو معلوم ہونے کے بغیر ہی اسکی آنکھ میں کئی دن تک رہا۔ اور فورنو جاردن (Fourniaux Jordon) نے ایک نرمن کو ب کا واقعہ درج کیا ہے جس میں شدید رمد (ophthalmia) پیدا ہو گیا تھا، اور صرف چند ہفتہ بعد جبکہ وہ اپنے زیریں پوٹوں کو انگلی سے دبا رہا تھا تو ”گرم پیپ کے ایک آرام دہ مہا پر سے گندم کا ایک دانہ دفعۃً باہر نکل آیا جس سے ایک مضبوط سبز لٹھی آئیوٹ آیا تھا“، مزید برآں پس مجرى شحم میں امجر کی اندرونی دیوار کے کسور کے بعد جن سے انفی حفرہ جات اور اجواف بھی ماؤف ہو جاتے ہیں ایک وسیع انفاخ (emphysema) بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ داخل شدہ ہوا سے بعض اوقات گلوب بروز کر آتا ہے، اور بعض اوقات اسکی حرکتیں محدود ہو جاتی ہیں، اور بعض اوقات یہ پوٹوں تک بھی پھیل جاتی ہے۔ ناک صاف کرنے پر یہ حالت میں زیادہ ہو جاتا ہے۔

علاوہ ازیں مجرى شحم بڑھتے ہوئے سلعات کے لئے ایک عمدہ گوارہ ہے۔ سلعہ مندرجہ ذیل مقامات میں سے پھیل کر مجربہ آسانی حمل آور ہو سکتا ہے۔ (۱) کلبوری کے قاعدہ سے (۲) انفی حفرہ جات سے (۳) نکی منارہ سے یا (۴) صدغی یا زیر صدغی (وجنی) حفرہ جات سے۔ پس ان مثالوں میں سے کسی ایک میں بھی بالید ہڈی کی ان پتلی تھوں کو جو درمیان میں داخل ہوتی ہیں، تباہ کر کے مجربہ میں داخل ہو سکتی ہے۔ اور نکی منارہ کے سلعات کے مجربہ میں داخل ہو کر عام طریقہ

یہی ہے۔ علاوہ ازیں سلعہ مجبی کہنے میں سے سوراخ بصری (optic foramen) یا فوکانی بصری (superior orbital) (ونڈی: sphenoidal) شقاق میں سے گذر کر اور ناک میں سے نفی ذمی قنات (nasolacrimal duct) میں سے گذر کر اور مذکورہ بالا دونوں حفرہ جات میں سے تحتانی بصری (inferior orbital) (ونڈی: فکی: spheno-maxillary) شقاق میں سے گذر کر مجریہ میں زیادہ آسانی سے پہنچ سکتا ہے۔ مزید برآں سلعات کی ابتداء جی نیچ العظم (ivory exostosis) کی شکل میں مجریہ سے بھی ہو سکتی ہے۔ مجر کی ہڈیاں کا سٹمر (calvarium) اور خارجی سمی منفذ (سماخ) کی ہڈیوں کے ساتھ اس قسم کے عظمی سلعات کی تکیوں کی طرف ایک خاص میلان رکھنے میں شریک ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد اس سلعہ سے مجری کہنے بالکل پر ہو جاتا ہے۔

بصلی رد (fascia bulbi) (ٹینن: Tenon) کا کیسہ)۔ اس ساخت کو

62

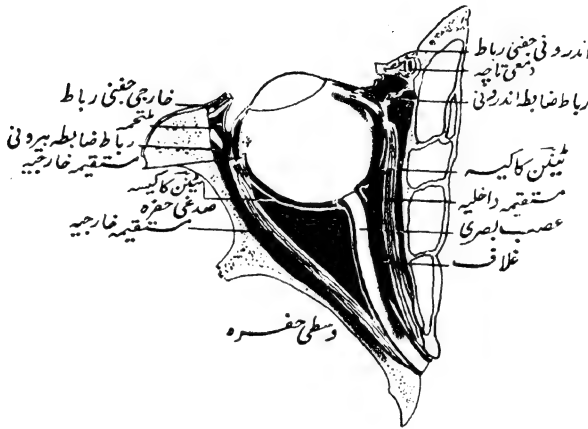
بہترین طور پر لاک وڈ (Lockwood) نے بیان کیا ہے جس کی تحقیقات میں سے پروفیسر کنگھم (Prof. Cunningham) نے مندرجہ ذیل خلاصہ پیش کیا ہے :-

”یہ کیسہ ایک محکمہ اور ڈھیلی ڈھالی غشا ہے جو گلوب کے مونخر ۵ حصہ پر پھیلی ہوتی ہے۔ اور اس سے صرف قرنیہ ہی آزاد ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف یہ چشمی ملتحمہ کے نیچے واقع ہوتا ہے جس سے یہ مضبوطی سے پوسٹہ ہوتا ہے۔ قرنیہ کے حاشیہ کے نزدیک یہ اسی سے مل کر ختم ہو جاتا ہے (شکل ۱۴)۔ پیچھے کی طرف جہاں عصب بصری صلیبہ میں سے گذرتا ہے وہاں کیسے غلاف سے متحد ہو جاتا ہے۔ اس غشا کی وہ سطح جو گلوب کی طرف ہوتی ہے وہ صاف ہوتی ہے اور وہ منقل کے ساتھ تھوڑی سی نرم اور ڈھیلی فضا کی بافت کے ذریعہ سے چسپی ہوئی ہوتی ہے۔ لہذا اس سے گلوب کے لئے ایک قسم کا گنبد یا ایک طرح کا وقب (socket) یا درجک بخاتی ہے جس میں یہ حرکت کرتا ہے۔ کیسہ کی مونخر سطح مجری شحم سے مل کر ہوتی ہے۔ چشمی عضلات کے اوٹار اس کیسہ کو گلوب کے خط استوا کے مقابل منقشب کرتے ہیں (شکل ۱۵)۔ اور ان نختات کے لب جن میں سے چاروں عضلات مستقیم گزرتے ہیں پیچھے کی طرف کو عضلات پرفلاؤں کی شکل میں بہت کچھ اسی طرح بڑھ جاتے ہیں جس طرح کہ داخل منوی رد داخل منوی حلقہ سے جل منوی پر بڑھ آتی ہے۔“

63

جہاں داخل اور خارجی مستقیم عضلات کیسہ کو منقشب کرتے ہیں وہاں کیسہ کی مضبوطی اطالیتیں محسوس کی اندرونی اور بیرونی دیوار تک پھیل جاتی ہیں۔ چونکہ یہ اطالیتیں دونوں مستقیم

عضلات کے فعل کو محدود کر دیتی ہیں اسلئے انکو رباطات ضابط (check ligaments) کے نام موسوم کیا گیا ہے (شکل ۱۷)۔ یہ قرنیہ کی ایک جانب سے دوسری جانب کی حرکت کو ۴۵ درجہ تک ہونے دیتے ہیں۔ خارجی رباط ضابط زیادہ مضبوط ہوتا ہے اور وہ خارجی دیوار سے خارجی جفنی سیون (external palpebral raphi) (جفنی رباط : tarsal ligament) کے سین پیچھے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اندرونی رباط کی چسپیدگی دمئی تاجہ کے پیچھے کی طرف اس کے



شکل ۱۷ ٹینن (Tenon) کے کیسہ (بصلی ردا : fascia bulbi) اور رباطات ضابط کی ترتیب کو ظاہر کرتی ہے۔

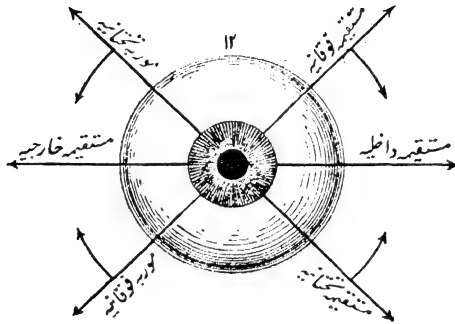
مقلد باہر کی طرف پھرا ہوا ہے اور اسی لئے خارجی رباط ضابط تیندہ ہے اور داخلی ڈھیلا ہے

قریب ہی واقع ہوتی ہے۔ کیسہ کی ایک طالت فوقانی مورب عضلہ (superior oblique) کے

گرد ہو کر بکرہ (trochlea) تک چلی جاتی ہے۔ مقلد کا تعلیقی رباط (suspensory

ligament) مجر کی ایک طرف سے دوسری طرف تک جھولن کھٹولے کی طرح تھاتا ہوتا ہے، اور مقلد کو سہارے رکھتا ہے۔ یہ حقیقت بصلی ردا (fascia bulbi) کا زیر جھری ہوتا ہے جس میں دباز پائی جاتی ہے، اور یہ مجری دیواروں سے داخلی اور خارجی رباطات ضابط سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اوپر کا جبڑا دور کرتے وقت جراح کو چاہئے کہ وہ تعلیقی رباط کی چسپیدگیوں کو محفوظ رکھنے

کے لئے احتیاط سے کام لے۔ اگر چہ سپید گیاں تباہ ہو جائیں گی تو مقلہ نیچے کی طرف کو گر جائیگا۔
 حَوَل (squint) کے لئے علیہ جات سرانجام دیتے وقت بصلہ (fascia bulbi) کے اس قریبی تعلق کو جو اسکو مقلہ، ملتحمہ، مجری عضلات اور دیوار ہائے مجر سے ہوتا ہے یاد رکھنا چاہئے۔



شکل ۱۸ مجری عضلات کے فعل کو ظاہر کرتی ہے (دائیں آنکھ)۔ سیدھے تیر اس سمت کو ظاہر کرتے ہیں جیسے قریب حرکت کرتا ہے یعنی جس طرف آنکھ دیکھتی ہے۔ مغنی تیر اس گردش کے رخ کو ظاہر کرتے ہیں جو پیش پس محور پر واقع ہوتی ہے۔ چنانچہ فوقانی مورب عضلا آنکھ کو نیچے اور باہر کی طرف کو حرکت دیتا ہے اور ایسے اندر کی طرف کو گھماتا ہے۔ حرکت کا نقطہ ابتدا ۱۲ بجے کا مقام ہے۔

(ڈاکٹر ای۔ ولف: E. Wolff کی عنایت سے۔)

شکل ۱۹ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ جب عضلہ مستقیم کا دتر ٹینن (Tenon) کے کیسہ میں کاٹ دیا جاتا ہے تو اس کے غلاف اور کیسہ میں مسلسل باقی رہنے کی وجہ سے اسکی چسپیدگی مقلہ اور ملتحمہ سے اور نیز رباطات ضابطہ کے ذریعہ سے دیوار ہائے مجر سے برقرار رہتی ہے۔ لہذا جب کسی عضلہ کا دتر مکمل طور پر کاٹ دیا جاتا ہے تو یہ مقلہ پر اپنا فعل کر سکتا ہے۔ اور اسکی مکمل باز کشیدگی رباطات ضابطہ سے رک جاتی ہے۔

64 مجری عضلات (orbital muscles) چاروں مستقیم عضلات باریک اور

چیلے غنائی اوتار پر ختم ہوتے ہیں۔ حوال الحین (strabismus) کے علاج کے لئے خارجی یا داخلی مستقیم عضلہ کا ویز اکثر کاٹ دیا جاتا ہے۔ ان اوتار کا عرض ۷ ملی میٹر سے لیکر ۹ ملی میٹر تک ہوتا ہے اور یہ قریب کے نزدیک صلیب پر ختم ہوتے ہیں۔ داخلی مستقیم عضلہ قریب کے حاشیہ سے ۵ و ۶ ملی میٹر اور خارجی مستقیم عضلہ ۸ و ۹ ملی میٹر اور تحتانی ۲ و ۳ ملی میٹر اور فوقانی ۸ ملی میٹر کے فاصلہ پر ختم ہوتا ہے۔

داخلی اور خارجی مستقیم عضلات مقلد کو خالصہ اندر اور باہر کی طرف کو گردش دینے والے عضلات ہیں اور ان کے مقابلہ میں فوقانی اور تحتانی مستقیم عضلات اپنے خطوط کشش کی وجہ سے مقلد کو اندر کی طرف اور اوپر کی طرف اور نیچے کی طرف کو گردش دینے والے عضلات ہیں۔ ان کے اندر کی طرف کو گردش دینے کے رجحان کا مقابلہ دو عضلات موربہ (oblique muscles) کرتے ہیں جو مقلد کو باہر کی طرف اور نیز اوپر کی اور نیچے کی طرف کو گھمانے کا کام دیتے ہیں۔

65 شکل ۱۸ سے مجری عضلات کے افعال کی وضاحت میں مدد ملے گی۔ مزدوج افقی حرکات جو دائیں اور بائیں جانب کو ہوتے ہیں داخلی اور خارجی مستقیم عضلات سے عمل میں آتے ہیں۔ جب قریب اوپر کی طرف کو اٹھتا ہے تو اس وقت تحتانی موربہ اور فوقانی مستقیم عضلہ فعل کرتے ہیں۔ انیس سے پہلا عضلہ قریب کو صدغی سمت میں حرکت دینے کی اور دوسرا انفری سمت میں حرکت دینے کی کوشش کرتا ہے قریب کو نیچے کی طرف لانے میں دو عضلات کام کرتے ہیں، عضلہ مستقیمہ تحتانیہ (inferior rectus) اور عضلہ موربہ فوقانیہ (superior oblique)۔ انیس سے پہلا حرکات کو انفری سمت میں منصرف کرتا ہے اور دوسرا عارضی سمت میں پیکل دائیں اور بائیں طرفوں کے ان عضلات کو بھی ملا ہر کرتی ہے، جو مزدوج حرکات میں ہم آہنگ ہوتے ہیں چنانچہ آنکھوں کو نیچے کی اور دائیں طرف کو پھیرنے میں دائیں طرف کا موربہ فوقانیہ (superior oblique) بائیں طرف کے عضلہ مستقیمہ تحتانیہ (inferior rectus) کے ساتھ فعل کرتا ہے۔ اگر انیس سے ایک عضلہ مشغول ہو جائے تو یہ حرکت سرانجام دینے پر دو نظری یعنی ازدواج البصر (diplopia) پیدا ہو جاتا ہے۔ مزید برآں یہ ضروری یاد رکھنا چاہئے کہ ان تمام حرکتوں کے دوران میں دو عضلہ جس سے مثبت فعل صادر ہوتا ہے اپنے عضلہ مفاد سے متونی فعل سرانجام دیتا ہے

منضبٹ رہتا ہے۔ اگر عضلہ مضبوط و شلول ہو جائے تو فعال عضلہ متقلہ کو اس حد تک کھینچ لیتا ہے کہ رباطاً بطریقہ اسکی حرکت کو مانع آتا ہے۔ دوران حیات میں تمام مجری عضلات ایک تنش کی حالت میں ہوتے ہیں اور متقلہ پر ایک خاص دباؤ بھی ڈالتے ہیں۔

مجری عروق خون (orbital blood vessels) - دوران مرض میں

ان عروق میں مداخلت ہونے سے ایسے اماریات پیدا ہو سکتے ہیں جو تشنجی نقطہ نگاہ سے اہم ہوتے ہیں۔ مجری شریانیں چھوٹی چھوٹی ہوتی ہیں اور گلوب کا استیصال کرتے وقت انکو کاٹنے سے شاذ و نادر ہی کوئی تکلیف پیدا ہوتی ہے کیونکہ مجرکی دیواروں پر انکو باسانی مضبوط کیا جاسکتا ہے۔ اس حصہ کے نابض سلعات یا تو کسی مجری شریان کے ضربی انورسماٹ کیوجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور یا کسی ایسے شریانہ وریڈی انورسماٹ پر منحصر ہوتے ہیں جو داخلہ سباتی (internal carotid) شریان اور کہنگلی جوف (cavernous sinus) کے درمیان بگلیا ہو۔ مزید برآں داخلہ سباتی (internal carotid) عرق کے کسی انورسماٹ کا دباؤ یعنی وریڈ (ophthalmic vein) پر اس مقام پر پڑنے سے جہاں یہ جوف میں داخل ہوتی ہے ویسے ہی سب علامات پیدا ہو سکتے ہیں جو نابض مجری سلعات میں پائے جاتے ہیں کہنگلی جوف (cavernous sinus) کی علیقت عینی وریڈوں (ophthalmic veins) میں اتساع اور جمجھٹ (proptosis) پیدا کر دیتی ہے۔

66

مجری اعصاب (orbital nerves) کو مجری زخم آسنے یا مجر اور نیر

کھوپری کے قاعدہ میں کسور واقع ہونے کی حالت میں نقصان پہنچ جاتا ہے اور مختلف حصوں کے سلعات، انورسماٹ، نرنی اور الہتہابی انصبابات بھی بعض اوقات انپر دباؤ ڈال دیتے ہیں۔ چنانچہ لوکسن (Lawson) نے ایک واقعہ کا اندراج کیا ہے جس میں اوپر کے پونے پر سے ایک ہول لگنے سے عصب بصری (optic nerve) گلوب کے مجروح ہونے اور کسی ہڈی میں کسور واقع ہونے کے بغیر ہی کٹ گیا تھا۔ نیز یہی عصب مجر کے کسور میں بھی عوضاً مکمل طور پر دریدہ ہو چکا ہے، اور جو کسور عظم و تدی کے جملہ صغیر پر اثر انداز ہوتے ہیں انہیں اسپر دباؤ بھی پڑ چکا ہے۔ سی سی چوائس کے مشاہدہ میں ایک مریض آیا ہے جس میں کھوپری کے قاعدہ میں کسور واقع ہونے کی صرف یہی ایک علامت تھی کہ مددہ میں قہقہہ اتساع پایا جاتا تھا۔ امتحان کرنے سے ثابت ہوا کہ

مرغیں اب ایک آنکھ سے اندھا تھا۔ اور اس امر کا اسے علم نہیں تھا۔ اور اس کے بعد بصری بول (optic atrophy) شروع ہو گیا۔ جس مقام پر تیسرے چوتھے اور چھٹے عصب اور پانچویں عصب کی پہلی قسمت کا علاقہ کہفتی جوف (cavernous sinus) سے ہوتا ہے وہاں پر یہ عصب اعصاب ایسے انورسما سے جو داخلی سباتی (internal carotid) شریان کے سلسلہ میں ہوا، مانوف ہو سکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کسی ایسی بالید سے بھی جو تختانی مجری شقاق (inferior orbital fissure) کے سلسلہ میں ہو، مثلاً شقاق مذکور کے حاشیہ سے پیدائندہ گرد عظمی کریب دب جاتے ہیں۔ اور چھٹا عصب کھوپری کے قاعدہ سے بہت قریبی تعلق رکھنے کی وجہ سے اس کے کسر میں بلا واسطہ طور پر عرضاً پھٹ چکا ہے (پریسکاٹ ہیوٹ: Prescott Hewett)۔

تیسرے عصب کے شلل میں اوپر کا ہونٹا گر پڑتا ہے۔ (سقوط الجفن:

(ptosis)۔ آنکھ تقریباً ساکن ہوتی ہے اور عضلہ مستقیمہ خارجہ (external rectus) کے غیر متخالف فعل کی وجہ سے اس میں منفرج کول پایا جاتا ہے۔ اور نہ یہ اندر اور اوپر کی طرف ہٹائی جاسکتی ہے اور نہ براہ راست نیچے کی طرف۔ مگر عضلہ موربہ فوقانیہ (superior oblique) اور عضلہ مستقیمہ خارجہ (outer rectus) سے نیچے اور باہر کے رخ میں گردش کی جاسکتی ہے۔ حد قسح اور ثبت ہوتا ہے اور قوت توفیق میں بہت نقص آ جاتا ہے۔ ازدواج البصر (diplopia) موجو ہوتا ہے اور بعض اوقات عضلات متقیم کے ڈھیلے ہو جانے سے گلوب کا کستد بروزی پایا جاتا ہے۔ یہ علامات عصب مذکور کے مکمل شلل کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ جزوی شلل کی حالت میں مذکورہ علامات میں سے صرف ایک دو علامات ہی موجود ہوتے ہیں۔

چوتھے عصب کے شلل میں اکثر کوئی تغیر دکھائی نہیں دیتا۔ کیونکہ عضلہ

موربہ فوقانیہ (superior oblique) (جبکہ اس عصب سے رسد پہنچتی ہے فعل کی اس نفاذی کسی حد تک بدیلی طور پر بھی عمل میں آ جاتی ہے۔) آنکھ کی حرکت پذیری میں عام طور پر بہت خفیف سا نقص واقع ہوتا ہے اور یہ جتنا بھی موجود ہوتا ہے زیادہ تر زمین نظر کے اندرونی اور زیرین زاویہ میں ہوتا ہے۔ معروض کو نیچا کرنے سے آنکھ اندر اور اوپر کی طرف کو منحرف ہو جاتی ہے اور جب معروض کو تندرست جانب کی طرف دو تک لے جائیں تو یہ صرف اوپر کی طرف کو ہی منحرف ہوتی ہے

(ازب: Erb)۔ بہر حال گلوب کی بعض وضعوں میں ازدواج البصر خاص طور پر نمودار ہوگا۔

چھٹے عصب کے شلل میں مستحق حوالہ عین موجود ہوتا ہے اور اسلئے

ازدواج البصر (diplopia) بھی پایا جاتا ہے اور نیز آنکھ کو براہ راست باہر کی طرف گردش بھی نہیں دیا جاسکتی۔ چھٹے عصب کے شلل کے ساتھ بعض اوقات طرف مقابل کے داخلی عضلہ مستقیمہ کے عصب کا شلل بھی موجود ہوتا ہے اور اس سے آنکھوں کا مزدوج انحراف (conjugate deviation) پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت چھٹے عصب کے نوات کے ضرر پر دلالت کرتی ہے کیونکہ داخلی عضلہ مستقیمہ کے لئے جو عضبی ریشے نکلتے ہیں، وہ اگرچہ تیسرے عصب کے ہمراہ باہر آتے ہیں مگر انکی ابتدا چھٹے عصب کی ابتدا کے ساتھ ہی ہوتی ہے۔

بعض اوقات آنکھ کے تمام محرک العین (oculo-motor) اعصاب

شلول ہو جاتے ہیں، اور ایسی حالتوں میں ضرر غالباً آنکھ کے مبداء کے نواتات میں یا کہفکی جوف (cavernous sinus) میں جبکی دیواروں میں یہ اعصاب قریب قریب پڑے ہوتے ہیں واقع ہوتا ہے۔

پانچویں عصب کی قسمت اول کے شلل میں تمام ملتحمہ کی ص

سوائے اس حصہ کے جس سوئیچ کا پوٹا ڈھکا ہوتا ہے (جسکو تحتانی مجری عصب کی جفنی شاخ سے رسد پہنچتی ہے) اور گلوب کی اور اس جلد کی جس کو فوق بکری (supratrochlear) یا فوق مجری (supraorbital) عصب سے رسد پہنچتی ہے اور نیز مخاطی اور جلدی سطحوں کی جس جسکو انفی (nasal) (انفی ہدیٰ: naso-ciliary) عصب رسد پہنچاتا ہے مفقود ہو جاتی ہے۔ عدم حیثیت کا رقبہ عصب کے تشریحی تفرع سے بہت کم ہوتا ہے، کیونکہ کچھ حصہ پر جلدی اعصاب کا تراکب بھی موجود ہوتا ہے۔ ملتحمہ کو خراش پہنچانے پر کوئی معکوس حرکت (مثلاً آنکھ جھپکنے کی) واقع نہیں ہوتی۔ مگر آنکھ پر نیز روشنی ڈالنے سے مریض آنکھ جھپک لیتا ہے، کیونکہ اس حالت میں عصب بصری اس اثر کو عصب وجہی کے نوات تک منتقل کر دیتا ہے۔ ناک کے مقدم حصہ کی غنائے مخاطی کو خراش پہنچانے سے چھینک بھی نہیں لائی جاسکتی۔ اس شلل سے بعد

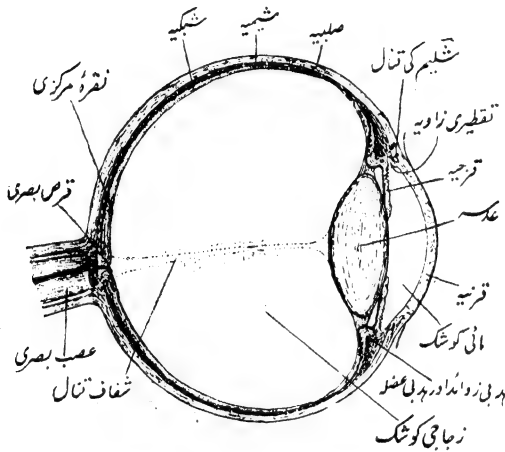
بعض اوقات قرنہ میں ایک تباہ کن تفریح رونما ہو جاتا ہے، جو کسی حد تک عصب مشلول کی ان پرورشی شاخوں کو ضرر پہنچنے سے پیدا ہوتا ہے جو اس میں موجود ہوتی ہیں! ورنہ کسی حد تک عدم حیست کے واقع ہو جانے سے بھی پیدا ہوتا ہے جس سے حصص کو آسانی ضرر پہنچ سکتا ہے، اور نیز یہ کسی حد تک حسی اعصاب کے اس معکوس اثر کے غائب ہو جانے سے بھی ظاہر ہوتا ہے جو یہ عروق خون کے قطر یہ پر رکھتے ہیں، اور جس سے التهاب بے روک بڑھتا چلا جاتا ہے، مثیل شب:- (Nettleship)۔

عنقی مشار کی اعصاب کے شلل میں جنفی شقاق (palpebral fissure)

(fissure) اوپر کے پوٹے کے کسی حد تک گر جانے سے تنگ ہو جاتا ہے اور گلوب مجری میں واضح طور پر پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور نیز قرنیہ کے توسع عضلہ کے شلل سے جس کو مشار کی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے حد تک کسی قدر تنگ ہو جاتا ہے۔ اوپر کے پوٹے کے گرنے کی توجیہ اس امر سے کی جاسکتی ہے کہ ہر ایک پوٹے میں غیر مخطط عضلی ریشہ کی ایک تہ موجود ہوتی ہے۔ اوپر کے پوٹے کی یہ تہ رافع الجفن (levator palpebrae) کی اندر کی سطح سے پیدا ہوتی ہے اور جنفی غضروف سے اس کے بالائی حاشیہ کے قریب پیوستہ ہوتی ہے (شکل ۲۱ صفحہ ۸۶)۔ عضلہ کی یہ تہ جو اپنے فعل کے دوران میں پوٹے کو اوپر اٹھائے رکھتی ہے عنقی مشار کی کے زیر اثر ہوتی ہے۔ گلوب کے پیچھے کی طرف ہٹنے کے متعلق بعض کا یہ خیال ہے کہ اس کا باعث عضلہ مجریہ (orbitalis muscle) کا شلل ہوتا ہے۔ یہ عضلہ جو تحتانی مجری شقاق (inferior orbital fissure) کے اوپر کی طرح واقع ہوتا ہے غیر مخطط ریشہ جات سے مرکب ہوتا ہے۔ اور اس کی عصبی رسد مشار کی سے آتی ہے۔ اس عضلہ کے انقباض سے (جیسا کہ یہ حیوانات میں عنقی مشار کی کے ہیمن سے پیدا کیا جاتا ہے) گلوب کا بروز واقع ہو جاتا ہے۔ اور گردن میں مشار کی کو کاٹ دینے سے مقل باز کشیدہ ہو جاتا ہے (کلاڈ برنارڈ: Claude Bernard)۔ گلوب کے عروق خون کے قطر یہ میں کوئی تغیر دیکھنے میں نہیں آتا۔ غیر مخطط عضلہ درون مجری دباؤ کو برقرار رکھتا ہے اور اس لئے عینی وریدوں میں سے خون کو واپس جانے میں مدد دیتا ہے۔ حیوانات مثلاً بیل میں جن میں مجر کی وریدیں سر نیچے رکھنے میں جیسا کہ چرنے میں رہتا ہے تسع ہو جاتی ہیں، عضلی نظام بہت نمایاں ہوتا ہے۔

مقلہ (EYEBALL) (شکل ۱۹)

قرنیہ (cornea) قرنیہ کی دبازت ۹ و ۱۰ ملی میٹر (جو مرکز پر ہوتی ہے) سے لیکر ۱۱ و ۱۲ ملی میٹر تک (جو محیط پر ہوتی ہے) ہوتی ہے۔ اسکی دبازت کے متعلق ذرا سا دھوکہ ہونے کا



فصل ۱۹ مقلہ کی افقی تراش جو عدسہ کے تعلیتی رباط، مانی اور زجاجی کو شکوں، عصب بصری کے مقام دخول اور نقرہ مرکزی کو ظاہر کرتی ہے۔

(کشیف: Schaffer کے مطابق)۔

احتمال ہوتا ہے اور قرنیہ میں چاقو داخل کرتے وقت اسے مناسب زاویہ پر نہ رکھا جائے تو بعض اوقات تھوڑے فاصلہ تک اسکے درقوں میں چلا جاتا ہے۔

70

قرنیہ کی ترکیب۔ سامنے کی طرف میطبق سرحد سے ڈھکا ہوتا ہے۔ اور

اس ترکے دور ہو جانے اور دوران اندمال میں اسکے اپنی جگہ پر پھر قائم ہو جانے سے قبل وقتاً ایک بد نما ندب پیدا ہو جاتا ہے جو بصارت میں بھی خلل انداز ہوتا ہے جب کوکین (cocaine) کے زیر اثر کوئی جسم غریب نکالا جائے تو غیر حواس سطح کو ایسے ضرر کے اثر سے بچانے کے لئے جو

گرو پرانے یا نئے سے پیدا ہو جاتا ہے ضروری تدابیر اختیار کرنا چاہئیں۔ کیونکہ اس قسم کی احتیاط کے عمل میں نہ لانے سے وسیع قرنیہ خراشیدگیاں پیدا ہو چکی ہیں، جن سے بعد میں مباحی (leucomatous) قطعات بگٹتے ہیں۔ مزید برآں جب یہ خراشیدگی سے علیحدہ ہو جاتی ہے تو ایسی صورت میں جبکہ سیدہ کے لوشنوں کا استعمال جاری ہو معرہ قرنیہ بافت پر سیدہ کے الماح فراہم ہو جاتے ہیں۔

قرنیہ کا بیشتر حصہ کثیر التعداد یعنی درقچوں سے مرکب ہوتا ہے اور ان درقچوں کے درمیان متکم خلوی فضاں ہوتی ہیں جنہیں قرنیہ جسیمہ جات موجود ہوتے ہیں۔ اگر کسی تلی ہی پکچری کا سرا قرنیہ بافت میں داخل کر دیا جائے تو لمفی فضاؤں کے جال کو اشراب سے پر کیا جاسکتا ہے جب قرنیہ کی اصلی بافت میں تفتیح واقع ہو جاتا ہے تو پیپ غالباً انہی قتالوں کے ذریعہ پھلتی ہے جو التهاب کیوجہ سے متغیر حالت میں ہوتی ہیں اور اس طرح ظفر (onyx) پیدا ہو جاتا ہے۔

قرنیہ میں سوائے اسکے محیط کے جہاں صلبیہ اور ملتحمہ کے عروق شعریہ جنہوں کی شکل میں ختم ہو جاتے ہیں عروق خون کا شائبہ تک بھی موجود نہیں ہوتا۔ مگر خون کی بلا واسطہ رسد کی عدم موجودگی کے باوجود قرنیہ کے زخم بخوبی مندمل ہو جاتے ہیں۔ حالت التهاب میں قرنیہ کی

بافت ہمیشہ غیر شفاف ہو جاتی ہے۔ رخنکی التهاب قرنیہ (interstitial keratitis)

(keratitis) میں عروق خون قرنیہ کے حاشیہ سے اسکے جسم میں کچھ فاصلہ تک گذر جاتے ہیں۔ چونکہ یہ عروق سطح سے کچھ نیچے واقع ہوتے ہیں اور دھندلی قرنیہ بافت سے جو مرض کا نتیجہ ہوتی ہے ڈھکے ہوتے ہیں اسلئے انکا قرمزی رنگ ایک بڑی حد تک ماند پڑ جاتا ہے اور اس قسم کے عروق کا ڈورا سامنی قطعہ (Salmon patch) کہلاتا ہے۔ سب (pannus) میں قرنیہ میں عروق خون پائے جاتے ہیں مگر اس حالت میں مسلسل خراش کی وجہ سے جو عروق گرد و نواح کی ملغمہ شریاؤں سے پیدا ہو جاتے ہیں وہ قرنیہ کو اسکی سطحی پوشش کے نیچے سے گذر عبور کرتے ہیں۔ اور اصلی قرنیہ

71

اس حالت میں بھی ویسا ہی بے خون رہ جاتا ہے جیسا کہ پہلے سا قوس پیری (arcus senilis)

کی اصطلاح کا اطلاق ان دو کم چوڑے سفید ہلالوں پر ہوتا ہے جو بوڑھے اشخاص میں اور مرضی کتوں میں قرنیہ کے محیط کے ذرا اندر نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ قرنیہ بافت کے شمعی انحطاط سے پیدا ہوتے ہیں

اور یہ تغیر قرنیہ کی ان تہوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے جو مقدم لچکدار اور قد کے عین نیچے ہوتی ہیں، یعنی اس حصہ میں جو حاشیہ عروق خون کے سب سے زیادہ زیر اثر ہوتا ہے۔
 قرنیہ میں اعصاب کی رسد بافراط پائی جاتی ہے اور انکی تعداد تخمیناً چالیس اور پچاس کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ اعصاب ہڈی اعصاب (ciliary nerves) سے نکلتے ہیں اور صلبیہ کے اگلے حصہ میں سے گذر کر قرنیہ میں داخل ہو جاتے ہیں اور منقسم ہو کر اس طبقہ کے ہر ایک حصہ میں پہنچ جاتے ہیں۔ یہ اعصاب لمس، حرارت اور سردی کے لئے حساس نہیں ہوتے بلکہ صرف درد انگیز ہیمنانات کے لئے ہی حساس ہوتے ہیں بصر موتیا (glaucoma) میں جو ایک ایسا مرض ہے جسکے مظاہر کا انحصار بیش ازودہ درون چشمی دباؤ پر ہوتا ہے، قرنیہ عظیم الحس ہو جاتا ہے اور اسکی عدم حسیت کا انحصار اس دباؤ پر ہوتا ہے جو ہڈی اعصاب (ciliary nerves) پر انکی شاخوں کے قرنیہ تک پہنچنے سے پہلے ہی پڑتا ہے (نیز دیکھو مقدمہ کی عصبی رسد صفحہ 76)۔

صلیبیہ (sclera) مشیمیہ (choroid) اور قرز حیمہ (iris) - صلبیہ

(sclera or sclerotic) پیچھے کی طرف زیادہ سے زیادہ موٹا ہوتا ہے۔ اور قرنیہ سے تقریباً نصف کے فاصلہ پر باریک ترین ہوتا ہے۔ شگوب کے ضرب سے نشق ہونے کی حالت میں صلبیہ ہی نہایت کثرت سے پھٹتا ہے اور چاک بالعموم قرنیہ سے کچھ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ یعنی یہ اس طبقہ کے باریک ترین حصہ میں ظاہر ہوتا ہے بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ صلبیہ پھٹ جاتا ہے اور غیر تیندہ ملتحمہ میں انشقاق واقع نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں کبھی کبھی عدسہ صلبیہ کے چاکریں محل آتا ہے اور ملتحمہ کے نیچے موجود پایا جاتا ہے۔ بصری عصب (optic nerve) کے داخل ہونے کے مقام پر صلبیہ پتلا ہوتا ہے اور عصبی بندلوں کے گذرنے کے لئے اس میں کثیر التعداد سوراخ ہوتے ہیں۔ یہ سوراخ (lamina cribrosa) بصر موتیا (glaucoma) میں ایک اہم فعل سرانجام دیتا ہے (صفحہ 83) اور بصری حلیمہ (optic papilla) کے نقطہ دار دکھائی دینے کا باعث ہی ہوتا ہے۔ بریلی (Brailly) یہ بیان کرتا ہے کہ صلبیہ کے جانی حصے اوپر اور نیچے کے حصوں کی نسبت پتلے ہوتے ہیں۔ تحتانی حصہ سب سے زیادہ موٹا ہوتا ہے اور بیرونی دیوار سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے اور اسکی یہی وجہ ہے کہ درون چشمی دباؤ کے اثر سے آنکھ انتصابی رخ کی نسبت جانبین پر زیادہ پھیلتی ہے۔ جن عوارض چشم میں درون چشمی تناؤ

بڑھا ہوتا ہے (سبز موتیا وغیرہ) انہیں شدید درد کے (جو اعصاب پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتا ہے) محسوس ہونے کی ایک بڑی وجہ لازمی طور پر صلبیہ کی سختی اور اسکا کڑا پن اور کثافت ہی ہوتی ہے۔

مشیمیہ (choroid) گلوب کا عرق طبقہ ہے۔ اور اسکی بڑے بڑے عروق خون کا حامل ہیں۔ مشیمیہ اور صلبیہ کے درمیان دو باریک غشائیں فوق مشیمیہ (lamina suprachoroidea) اور ورقہ اسمر (lamina fusca) ہوتی ہیں۔ یہ ڈیجیلی ڈھالی فضائی بافت کی تھیں ہوتی ہیں جنکا استر درمل سے بنا ہوتا ہے۔ شوالب (Schwalbe) کی فوق مشیمیہ مغنی فضا (suprachoroid lymphatic space) انہی کٹے رہنے ہوتی ہے۔ لہذا انفرات گلوب کی حالت میں ان دونوں طبقات کے درمیان زف بکثرت واقع ہو سکتا ہے اور ایسا زف حقیقتہً چشمی تناؤ کی فوری تخفیف کا مہم جو قزحیہ برآری (iridectomy) یا موتیا بند نکالنے (cataract extraction) کے سے عملیات سے عمل میں آجاتی ہے نتیجہ ہو سکتا ہے مگر واقعہ یہ ہے کہ اس قسم کے زف کے ظاہر ہونے کا زیادہ تر احتمال زجاجیہ (vitreous) میں ہی ہوتا ہے۔ آنکھ کے اگلے حصہ پر ضرب لگنے سے صرف مشیمیہ مہم (زیادہ تر مفرحہ پر) نشق ہو چکا ہے۔ چونکہ مشیمیہ میں لون بکثرت موجود ہوتا ہے، اس لئے یہ جسم کے ان حصوں میں سے ایک ہے جنہیں ملانی (melanotic) بالیدیں ابتدائی طور پر واقع ہو سکتی ہیں۔ مشیمیہ کی یہ بالیدیں غالباً لحم سلمی ہوتی ہیں، اور ان سے جگر میں انتقالی بالیدوں کے پیدا ہو جانے کا ایک خاص احتمال ہوتا ہے۔ مگر جلد میں پیدا شدہ ملانی (melanotic) مسلمان کی طرح یہ ثانوی طور پر لمفی غد کو ماؤف نہیں کرتیں۔

قزحیہ (iris) بہت عروق دار ہوتا ہے۔ اور اس میں التهاب واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے (التهاب قزحیہ: iritis) قزحیہ اور صلبیہ کے ساتھ اسکی تعلقات موجود ہونے کی وجہ سے انکا التهاب اس تک آسانی پھیل سکتا ہے۔ بخلاف اسکی قزحیہ اور مشیمیہ عروق میں استدر قزحیہ تعلق موجود ہوتا ہے کہ جو التهابات قزحیہ میں نمودار ہونے ہیں انکو مشیمیہ طبقہ تک پھیلنے کے لئے ہر ایک ذریعہ حاصل ہوتا ہے جب قزحیہ مہم ہو جاتا ہے تو اس کے اظہار اور نیز اس کے جرم میں لف اور مصل کا انصباب ظاہر ہو جانے کی وجہ سے اسکی رنگت بدلتی ہے۔ اور قزحیہ میں سے دیکھنے پر اسکی نازک اور شکنجہ ساخت اس کے درم اور انصباب کی وجہ سے دھندلی دکھائی دیتی ہے۔ مزید برآں اس جھوٹی مہم غشا کے متورم ہو جانے سے حد قہ کے

حدود میں مداخلت واقع ہو جاتی ہے، اور یہ منقبض دکھائی دیتا ہے۔ اور اس غشا کی حرکتیں لازمی طور پر بہت سست ہو جاتی ہیں۔ اگر یہ امر ملحوظ رکھا جائے کہ قرحیہ کی موخر سطح کا ایک حصہ عدسی کیسے کو فی الحقیقت مس کرتا ہے تو یہ معلوم ہو جائیگا کہ ان دونوں ساختوں کے درمیان التهابی انضمامات باسانی واقع ہو سکتے ہیں (شکل ۱۹)۔ لہذا التهاب قرحیہ (iritis) کے بعد قرحیہ کی موخر سطح تمام کی تمام، ایک یا ایک سے زائد مقامات پر لطف کے بندوں کے ذریعہ سے عدسی کیسے سے بالعموم منضم پائی جاتی ہے (اکثر حدیثی جانشیہ منضم پایا جاتا ہے)۔ ایسے انضمامات موخر انضمامات قرحیہ (posterior synechiæ) پر مشتمل ہوتے ہیں، اور مقدم انضمامات قرحیہ (anterior synechiæ) کی اصطلاح کا اطلاق قرحیہ اور قرنیہ کے باہمی انضمامات پر کیا جاتا ہے مزید برآں التهاب قرحیہ (iritis) میں بعض اوقات عدسہ بھی ماؤف ہو جاتا ہے اور ثانوی یا التهابی موتیابہ (cataract) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

قرحیہ کی خلقی عدم موجودگی کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے۔ بعض اوقات اس میں ایک خلقی رخنہ موجود ہوتا ہے جو حدقہ سے لیکر نیچے کی اور کبھی قدر اندر کی طرف کو جاتا ہے۔ اس حالت کا نام شقاق القرحیہ (coloboma iridis) ہے، اور شیمیائی در (choroidal cleft) کے برقرار رہنے سے جو قدر بصری (optic cup) کے نمو کے دوران میں بنتا ہے پیدا ہوتا ہے بعض حالتوں میں حدقی غشا (pupillary membrane) کے ریشے حدقہ کے سامنے تنے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ غشا جو بعض حیوانات میں پیدائش کے چند دن بعد تک بھی دکھائی دیتی ہے نوع انسان میں پیدائش سے بہت عرصہ پہلے جذب ہو جاتی ہے۔

قرحیہ اپنی انتہا پر مضبوطی سے نہیں چپکا ہوتا (شکل ۲۰)۔ چنانچہ آنکھ کو ضرر پہنچنے کی حالت میں بعض اوقات اپنی چسپیدگیوں سے ہی کم و بیش حد تک علحدہ ہو جاتا ہے، اور دوسرے طبقہ جات کو کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔ بعض اوقات قرحیہ دریدہ ہو کر مکمل طور پر علحدہ ہو گیا ہے اور گلوب کے زخم میں سے باہر بھی نکل آیا ہے جس سے ہدنی زائد سے معرا ہو گئے ہیں۔ قرنیہ میں نافذ (penetrating) زخم آنے کی صورت میں قرحیہ باسانی مسقوط ہو جاتا ہے۔ غشا استقدر نازک اور نرم ہوتی ہے کہ قرحیہ برآری (iredectomy) کے دوران میں اسکا مطلوبہ قطعہ قریب قریب شگاف میں سے مزاحمت محسوس کئے بغیر ہی پکڑ کر باہر کھینچا جاسکتا ہے۔ مزید برآں اس غشا کو عدسہ کیساتھ مس کرنے سے بھی بہت سا سہارا ملتا ہے، کیونکہ جب کبھی عدسہ اپنی جگہ سے ٹل کر زجاجیہ میں چلا جاتا

یا اسے علیہ سے دور کر دیا جاتا ہے تو قزحیہ گلوب کو حرکت دینے پر لرزتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔
اگر قزحیہ کثیر العروق ہوتا ہے مگر کاٹنے پر خون کا جریان اس سے شاذ و نا درہمی ہوتا ہے
اور اسکی وجہ شاید ان عضلی ریشوں کا انقباض ہے جو اسمیں بافراط موجود ہوتے ہیں۔

مقلد کی رسد خون - ۱۔ چھوٹی چھوٹی ہدبی (ciliary) شریانیں

(ophthalmic) شریان سے نکلا عصب بصری کے نزدیک ہی صلبیہ میں داخل ہوتی ہیں اور
مشیمیہ کے بیرونی طبقہ میں کچھ فاصلہ تک جا کر شعری ضغیرہ میں منتسم ہو جاتی ہیں جس سے اندرونی
مشیمیہ میں طبقہ کا زیادہ تر حصہ بنا ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف اس ضغیرہ سے ہدبی زوائد کو بعض شاخیں
جاتی ہیں۔ ان عروق سے جو وریدیں پیدا ہوتی ہیں وہ محمول کی شکل میں مرتب ہوتی ہیں کیونکہ انکے
استدقاق سے چار یا پانچ بڑے بڑے تنے بنتے ہیں (گردابی وریدیں: venæ vorticosæ) جو
صلبیہ میں سے قزنیہ اور عصب بصری کے درمیان کے وسطی نقطہ پر سے گزر جاتے ہیں۔ مشیمیہ میں
یہ شریانوں سے باہر کی طرف واقع ہوتے ہیں۔

۲۔ دونوں طویل ہدبی شریانیں (long ciliary arteries)

[جو عینی شریان (ophthalmic artery) سے نکلتی ہیں] صلبیہ کو عصب بصری (optic nerve)
کے باہر کی طرف منتصب کرتی ہیں۔ انیس سے ایک شریان ایک طرف ہوتی ہو اور دوسری دوسری طرف اور
یہ آگے کی طرف کو بڑھتی جاتی ہیں حتیٰ کہ ہدبی خطہ تک پہنچ جاتی ہیں اور یہاں یہ شاخوں میں منتسم
ہو جاتی ہیں، جیسکے تنعم سے قزحیہ کے محیط کے قریب ایک عرقی دائرہ (دائرہ کبیر: circulus
major) بن جاتا ہے۔ اس دائرہ سے بعض شاخیں نکلا کر ہدبی عضلہ میں چلی جاتی ہیں اور باقی ماندہ
قزحیہ میں سے استدق طور پر گزر کر مدقہ کی طرف کو چلی جاتی ہیں جن کے کاٹنے پر ایک دوسرا دائرہ
(دائرہ صغیر: circulus minor) بن جاتا ہے۔

۳۔ مقدم ہدبی شریانیں (anterior ciliary arteries)

[جو عینی (ophthalmic) شریان کی عضلی اور دمی شاخوں سے نکلتی ہیں] صلبیہ کو قزنیہ سے
تقریباً ۲-۳ ملی میٹر پیچھے منتصب کرتی ہیں (ناقشائیں) اور دائرہ کبیر (circulus major)

سے آکر مل جاتی ہیں۔ ان سے ہدی زوائد کو شاخیں جاتی ہیں جہاں کثیر التعداد نفیہ پنہا جاتے ہیں۔ یہ شاخیں ہر لمبھی بافت میں واقع ہوتی ہیں۔ انکی بریلیستی (episcleral) یا غیر شاخ شاخیں بہت چھوٹی چھوٹی اور کثیر التعداد ہوتی ہیں، اور آکٹھ کی طبعی حالت میں غیر مرنی ہوتی ہیں۔ مگر قزحہ اور اسکے ہم پہلو حصوں کے التهاب میں یہ عروق قرنیہ کے حاشیہ کے ارد گرد باریک عروق کے ایک تنگ گلابی منطقہ کی شکل میں ظاہر ہو جاتے ہیں۔ یہ عروق ایک دوسرے کے تقریباً متوازی ہوتے ہیں۔ اور بہت نزدیک نزدیک واقع ہوتے ہیں، اور ملتحمہ کے ساتھ حرکت نہیں کرتے۔ یہ منطقہ منطقہ املاک ہدی (zone of ciliary congestion) یا گرد قرنیہ منطقہ (circumcorneal zone) کے نام سے موسوم ہے۔

۴۔ ملتحمہ کے عروق دمعی (lacrymal) اور دونوں مہینی

(palpebral) شریانوں سے نکلتے ہیں۔ یہ عروق التهاب کی حالتوں میں متذکرۃ الصدر عروق سے باسانی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ انکی جامت نسبتاً بڑی ہوتی ہے، اور یہ جمیدہ ہوتے ہیں۔ نیز انکی رنگت اینٹ کی سی سرخ اور چمکیلی ہوتی ہے۔ اور ملتحمہ کے ساتھ ہی انکو بھی باسانی حرکت دیجا سکتی ہے اور دبائے سے یہ باسانی خون سے خالی بھی کئے جاسکتے ہیں۔ عروق کے ان دونوں گروہوں میں جو فرق ہے اس سے ایک فائدہ یہ ہے کہ ملتحمہ کا التهاب عمیق تر حصص کے التهاب سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ ملتحمی عروق سے بھی قرنیہ کے حاشیہ کے بہت قریب مستقیم عروق شعریہ کے جنبروں کا ایک ضغیرہ پنہا ہے جو قرنیہ کے شدید سطی التهاب میں متلی ہو جاتا ہے۔ قرنیہ کے حاشیہ کے ارد گرد بعض اوقات ایک منطقہ پنہا ہے جو ہدی منطقہ (ciliary zone) سے مذکورہ بالا عمومی خواص سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔

شبکیہ کی عرق رسد (vascular supply of retina) اسی کے لئے

مخصوص ہے۔ اور یہ شریان مرکزی شبکیہ (arteria centralis retinae) کے ذریعہ پہنچتی ہے جو صرف اس مقام کے علاوہ جہاں عصب بصری داخل ہوتا ہے اور کسی جگہ بھی شبکیہ عروق سے کوئی بلا واسطہ ربط نہیں رکھتی۔ شبکیہ کی بیرونی تہیں جو شبکیہ طبقہ سے علاوہ رکھتی ہیں عروق سے فی الحقیقت مبرا ہوتی ہیں۔ چنانچہ جب کبھی شبکیہ کی مرکزی شریان بند ہو جاتی ہے

تو کوری فوراً پیدا ہو جاتی ہے، اور وہ قلیل مجانب دوران خون جو عصب بصری کے داخل ہونیکے منہام کے ارد گرد کے باریک باریک تھمات سے وجود میں آتا ہے بالکل ناکافی ہوتا ہے، اور شبکیہ جلد ہی مٹیج ہو جاتا ہے۔ لہذا مرکزی شریان کے مستقل طور پر سدود ہو جانے کا مطلب یہ ہوتا ہے کہ شبکیہ کا عرق نظام تقریباً معدوم ہو جاتا ہے۔ سداویت کی بعض حالتوں میں شبکیہ کی شریان کی صرف ایک شاخ ہی سدود ہوتی ہے اور مریض کی بصارت سوائے اس حصہ کی بصارت کے جسے اس شاخ سے رسد پہنچتی ہے قائم رہتی ہے۔ نقرہ مرکزی (fovea centralis) کو جو تیزی بصارت کا مرکز ہے شبکیہ کی شریان مرکزی (arteria centralis retinae) کی فوقانی اور تحتانی صدغی دونوں شاخوں سے باریک باریک شاخیں پہنچتی ہیں۔

مشیمیہ (choroid) اور شبکیہ (retina) کے درمیان نرف واقع ہونے کی صورت میں خون کا شیمیائی عروق سے آنا لازمی ہوتا ہے اور جب نرف جو اکثر تفسر کا نتیجہ ہوتا ہے رجا جیہ (vitrious) میں واقع ہوتا ہے تو خون یا تو شبکیہ کی عروق سے آتا ہے کیونکہ یہ اس غشا کی اندرونی تہوں میں واقع ہوتے ہیں اور یا بدی خطہ کے عروق سے آتا ہے۔

مقلہ کی عصبی رسد (nerve supply of the eyeball) - ا- ہدائی

اعصاب (ciliary nerves) جو ہدائی (ciliary) (عدسی: lenticular) عقدہ اور انفی (nasal) (انفی ہدائی: naso-ciliary) عصب سے نکلتے ہیں صلبیہ کو عصب بصری کے قریب منتقب کرتے ہیں اور صلبیہ اور مشیمیہ کے درمیان سے انکو رسد پہنچاتے ہوئے آگے کو نکل جاتے ہیں۔ اسکے بعد یہ ہدائی عضلہ میں داخل ہو جاتے ہیں۔ اور قزحیہ کے محیط کے قریب ان سے ایک ضفیہ بجاتا ہے جس سے قزحیہ کو شاخیں جاتی ہیں ان شاخوں سے ایک نازک ضفیہ طیار ہوتا ہے۔ جو حد تک پھیلا ہوتا ہے۔ یہ اعصاب صلبیہ کے مقدم حصہ میں سے قزحیہ کو شاخیں بھیجتے ہیں۔ اس طرح ان اعصاب کے ذریعہ سے مقلہ کو حسی ریشے پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی انفی یا انفی ہدائی شاخ سے اور ہدائی عضلہ اور عاصقہ حیہ (sphinctor iridis) کو حسر کی ریشے تیسرے عصب سے پہنچ جاتے ہیں اور نیز بہت سے مشار کی ریشے بھی حاصل ہو جاتے ہیں جن میں وہ ریشے بھی موجود ہوتے ہیں جو قزحیہ کے موثق عضلہ کو رسد پہنچاتے ہیں۔

جس منہام پر ہدائی اعصاب مشیمیہ اور صلبیہ کے درمیان سے آگے کی طرف کو گذرتے ہیں

77 دہاں بڑھے ہوئے درون چشمی دباؤ کی حالت میں صلیبیہ کے سخت اور کڑا ہونے کی وجہ سے ان پر مضر دباؤ باسانی پڑ سکتا ہے۔

۲۔ ملتحمہ کی عصبی رسد (nerve supply of the conjunctiva)

چار ذرائع سے پہنچتی ہے۔ فوق کبری (supratrochlear) اوپر کی طرف۔ تحت کبری (infratrochlear) اندر کی طرف۔ اور دمی (lacrimal) باہر کی طرف۔ یہ تمام کے تمام اعصاب پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی شاخیں ہیں۔ نیچے کی طرف پانچویں عصب کی دوسری قسمت کی جفنی شاخیں موجود ہوتی ہیں۔

گلوب کی اپنی حس (sensation of the globe itself)

پانچویں عصب کی پہلی قسمت سے آتی ہے۔ اسکے التهابی عوارض مثلاً التهاب قرنہ (corneitis) یا التهاب قزحیہ (irits) میں اس درد کے علاوہ جو حقیقتہً آنکھ میں محسوس ہوتا ہے پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی دوسری شاخوں کے ساتھ بھی درد بعید پایا جاتا ہے۔ اس امر کی توجیہ اس طرح کیجا سکتی ہے کہ عینی قسمت (ophthalmic division) کی ابتدا پانچویں عصب کے بالائی حسی نوات (upper sensory nucleus) سے جو چوتھے بطین کے فرش میں واقع ہوتا ہے مشترک طور پر ہوتی ہے، مثلاً سے جو عصبی خلیات متعلق ہوتے ہیں صرف انہی میں خلل نہیں آتا بلکہ قرب وجوار کے خلیات بھی متاثر ہو جاتے ہیں اور نفسی غلطی سے درد ان اعصاب کے ذریعہ بھی معکوس ہو جاتا ہے جو ان خلیات سے تعلق رکھتے ہیں۔ چشمانی پر فوق کبری (supratrochlear) عصب اور فوق مجری (supraorbital) عصب کے ساتھ ساتھ درد ہوتا ہے۔ نیز دمی شاخوں کے ساتھ ساتھ بھی درد ہوتا ہے (گرد مجری درد) اور انفی عصب کی گذرگاہ پر ناک کی جانب بھی درد ہوتا ہے۔ یا بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ درد پانچویں عصب کی دوسری قسمت میں پھیل جاتا ہے اور مدغی خط میں بے آرامی محسوس ہوتی ہے (دوسری قسمت کی مجری شاخ) یا یہ اوپر کے جبڑے اور دانتوں سے منسوب ہوتا ہے۔ مذکورہ بالا عوارض میں بہت سادہ مع بھی موجود ہوتا ہے، کیونکہ دمی غده کی رسد بھی پانچویں عصب کی پہلی قسمت سے آتی ہے۔

نور ترسی (photophobia) یا عدم تحمل نور آنکھ کے التهابی عوارض میں اور عام طور پر

قرنیہ کے سطحی التهابات میں عام طور پر پایاجاتا ہے۔ عضلہ محیطہ الجفنیہ (orbicular muscle) میں تشنج واقع ہو جاتا ہے، اور یہ آنکھ کو بند رکھتا ہے، اور خراش کے خفیف سے خفیف تکشف بھی اس کو بند کر دیتا ہے۔ اگرچہ عضلہ محیطہ الجفنیہ (orbicular muscle) کو عصبی رسد جہی (facial) عصب سے پہنچتی ہے لیکن اسکے عصبی ریشے ساتویں عصب کے نوات سے نہیں آتے، بلکہ یعنی حرکی (oculo-motor) نوات سے آتے ہیں جو پانچویں عصب کے حسی نوات کے نزدیک واقع ہوتا ہے اور اسکے ساتھ معکوس راستوں کے ذریعہ سے وابستہ ہوتا ہے۔ التهاب قرنیہ (iritis) اور بزموتیا (glaucoma) میں پیش حیت (hyperaesthesia) بھی موجود ہوتی ہے۔ اور بیرونی جہی اور مقدم صدی رقبہ جات پر بعید و رد بھی محسوس ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔ اس خط کی جلد اور مقلد کے عصبی مراکز کے درمیان قریبی تعلق موجود ہوتا ہے۔ اسی تعلق سے امرض خیم میں کینٹیوں پر خراش مقابل کا استعمال کرنے کی توجیہ ہوتی ہے (ہیڈ: Head)۔ افلاطون میں ہڈی عضلہ پر جو زور پڑتا ہے وہ دوسرے عام ترین اسباب میں سے ہے، اور اس سے پیشانی کے وسط مجھری حلقہ پر درد و بعید محسوس ہوتا ہے، اور اس پر پیش حیت کے رقبہ جات رونا ہو جاتے ہیں۔

انفی (nasal) (انفی ہڈی: naso-ciliary) عصب اور مجھری مشمولات کے درمیان جو تعلق ہے اسکی مثالیں مزاولت طب میں کی تہ دیکھنے میں آتی ہیں۔ چنانچہ اگر ناک کے اگلے حصہ پر ضرب لگائی جائے، یا اسکے زیرین حصہ کی جلد کو خراش پہنچائی جائے، مہیا کہ درخیز دل کو دبائے سے پہنچتی ہے تو کثیر تدبیر ظہور پذیر ہوگا۔ ہاس سے عینی (ophthalmic) عصب کی انفی شاخ کو ہیجان پہنچنے سے ایسے شخص کی آنکھوں سے پانی نکل آتا ہے جس کو اسکی عادت نہ ہو۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ ناک اور انفی حضرة جات کے بہت سے احتمالات ایسے ہیں جن کی وجہ سے ”آنکھوں سے پانی نکل آتا ہے“۔ انفی عصب اور آنکھ کے درمیان کے قریبی تعلق کی ایک عجیب و غریب مثال اکثر منطقی (herpes zoster) سے ملتی ہے۔ اس عارضہ میں جب پہلی متمت کی صرفہ فوق مجھری (supraorbital) اور فوق کبری (supratrochlear) شاخوں کے خطہ جات ہی ماؤف ہوتے ہیں تو آنکھ بالعموم غیر متاثر رہتی ہے، لیکن جب ثوران اس حصہ تک بھی پھیل جاتا ہے جس کو رسد انفی عصب سے آتی ہے، یعنی ناک کی ایک طرف پر نیچے تک آ جاتا ہے تو مقلد میں اکثر کچھ التهاب پایا جاتا ہے۔

آنکھ کا خطرناک رقبہ۔ صرف قرنیہ یا صرف صلبیہ کے نافذ زخم جو ہدی حصہ سے

پیچھے واقع ہوں کبھی خطرناک نہیں ہوتے، مگر ایسے زخموں کے جن سے جسم ہدی یا اسکا بالکل قریبی حصہ ماؤف ہو گیا ہو نہایت ہی خطرناک ثابت ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ہدی خطہ کا التهاب اہم عرقی اور عصبی تفتات کی وجہ سے جو اس حصہ میں موجود ہوتے ہیں خاص طور پر خطرناک ہوتا ہے۔ اور حقیقت یہ ہے کہ جہانتک خونی اور عصبی رسد کا تعلق ہے منقلہ کے اندر اس سے زیادہ اہم اور کوئی خطہ نہیں ہے۔ مزید برآں جسم ہدی سے التهابات کم و بیش بلا واسطہ طور پر قرنیہ، قرحیہ، مشیمیہ، زجاجیہ اور شبکیہ تک پھیل سکتے ہیں۔ جسم ہدی کا کوئی یا قریبی التهاب جو منقلہ کے بعد پیدا ہو جاتا ہے عام طور پر

رمد مشار کی (sympathetic ophthalmia) کے لئے نقطہ ابتدا ہوتا ہے۔ اس

مولناک عارضہ میں دوسری طرف کی صحیح و سالم آنکھ میں تباہ کن التهاب شروع ہو جاتا ہے اور یہ آنکھ پہلی آنکھ کے ضرر کو دو یا تین ماہ گزرنے کے بعد ماؤف ہو جاتی ہے۔ آج کل عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ صحیح و سالم آنکھ مرض زدہ آنکھ سے براہ راست متاثر ہو جاتی ہے۔ ان زیر غلبہ قوتی فضاؤں میں جو اعصاب بصری کے ارد گرد پائی جاتی ہیں تصالبا (chiasma) پر تسلسل موجود ہوتا ہے اور یہ فضائیں ایسے راستے کا کام دیتی ہیں جس میں سے سرائت ایک آنکھ سے دوسری آنکھ تک پھیل سکتی ہے۔

عدسہ (lens) کی پائش ایک طرف سے دوسری طرف تک $\frac{1}{16}$ انچ ہوتی ہے اور آگے سے پیچھے تک بھی $\frac{1}{16}$ انچ ہی ہوتی ہے۔ تمام زندگی میں عدسہ کی جسامت آہستہ آہستہ بڑھتی رہتی ہے۔ عدسہ معہ کیسہ کے تمام کا تمام بالکل شفاف اور بالکل عظیم العروق ہوتا ہے جس طریقہ سے عدسہ اپنی وضع پر قائم رہتا ہے وہ شکل ۱۹ صفحہ 69 ور شکل ۲۰ صفحہ 82 میں ظاہر کیا گیا ہے۔ عدسہ کا محیط ہدی زاؤد سے باریک اور شفاف منش ریشوں کے ایک نظام کے ذریعہ سے پورے ہوتا ہے (عدسہ کا تعلیقی رباط: suspensory ligament of the lens)۔

ان میں سے بعض ریشے عدسہ کے آگے سے اور بعض اسکے پیچھے سے گزرتے ہیں اور اس طرح ان سے عدسہ کے لئے ایک تاجہ یا کیسہ بن جاتا ہے۔ ہدی زاؤد پر تعلیقی رباط کے شعاعی ریشے رطوبت زجاجیہ (vitreous humour) کے شفاف کیسہ سے تسلسل قائم کر لیتے ہیں۔ غنائے شفاف

(hyaloid membrane) عدسہ اپنے تعلیقی رباط کے جزوی انشقاق سے آسانی ڈھیلا ہو سکتا ہے، اور اپنی جگہ سے ٹل سکتا ہے، اور مقدم کوشک میں چلا آتا ہے، اور زیادہ پیچھے کی طرف کو زجاجیہ میں جاتا ہے۔ اگر کچھ مداخلت کی جائے تو عدسہ متورم ہو سکتا ہے۔ اس طرح اسکے ارد گرد جو دباؤ پیدا ہو جاتا ہے، اس سے یہ ان اہم ساختوں کو جو اس کے آس پاس موجود ہوتی ہیں بہت سا نقصان پہنچا سکتا ہے۔

عدسہ کا کبھی بہت چھوٹا اور پھلکا رہتا ہے، اور جب اسے بھاڑ دیا جاتا ہے تو اس کے کنارے باہر کی طرف کو مڑ جاتے ہیں۔ موتیابند (cataract) کے لئے جو عام علیہ جات سرانجام دئے جاتے ہیں ان میں یہ بھاڑ دیا جاتا ہے، اور کئی قسم کی ضربوں سے جو منقلہ پر لگ جاتی ہیں یہ پھٹ بھی سکتا ہے۔ ”موتیابند کے علیہ کی ایک قسم میں کبھی عدسہ کے ساتھ ہی دوڑ کر دیا جاتا ہے، اور زجاجیہ غشائے شفاف (hyaloid membrane) کی مدد سے جو کبھی عدسہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے اپنی وضع پر برقرار رہتا ہے“ (لفٹن کرنل ایچ اسمتھ: Lieut. Colonel H. Smith)۔ جب یہ کبھی زخمی ہو جاتا ہے تو رطوبت مائیہ (aqueous humour) عدسہ میں داخل ہو جاتی ہے اور اسکے ریشے اسے چوس لیتے ہیں۔ اور بعد میں یہ متورم ہو کر غیر شفاف ہو جاتے ہیں، اور اس طرح جرمی موتیابند (traumatic cataract) پیدا ہو جاتا ہے۔ موتیابند کی مختلف قسموں میں تمام عدسہ اور زیادہ تر اس کا کچھ حصہ عتمہ (opacity) کا محل ہوتا ہے۔ یہ اکثر اوقات میں شروع ہوتا ہے اور عرصہ دراز تک اسی حصہ تک محدود رہتا ہے۔ یا بعض اوقات یہ پتھر میں شروع ہوتا ہے۔ اس حالت میں یہ لکڑیوں کے ایک سلسلہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جن کا رخ عدسہ کے محور کی طرف ہوتا ہے، اور ان کا انحصار عدسہ کے ریشہ جات کی ترتیب پر ہوتا ہے۔

شبکیہ (retina) کے متعلق صرف اتنا ہی بیان کر دینا کافی ہو گا کہ اس کا تعلق شبکیہ اتنا خفیف ہوتا ہے کہ یہ اس غشا سے زنف یا دیگر انصبابات کے ذریعہ سے علیحدہ ہو جاتا ہے اور بعض اوقات یہ گلوب پر سادہ ضرب کے لگنے سے بھی حقیقتہً جدا ہو جاتا ہے۔ مگر یہ ایک وسیع حد تک علیحدہ ہونے کے باوجود بھی قرص بصری (optic disc) اور جاشیہ منن (ora serrata) پر چکا رہتا ہے۔

عصب بصری (optic nerve) کی لمبائی محجر کے اندر ۲ تا ۳ ملی میٹر ہوتی ہے۔ یہ عصب مارغ سے نکلتا ہوا اپنا گرد عصبی غلاف ام حنونہ سے لے آتا ہے۔ اسکے علاوہ دو اور غلاف بھی

اس پر ہوتے ہیں جن میں سے بیرونی اہم جانیہ سے ساتھ آتا ہے، اور اندرونی عنکبوتیہ سے یہ غلاف ایک دوسرے سے تیز کئے جاسکتے ہیں، اور علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں، اور ان میں جو دو فضاں ہوتی ہیں ان میں سے باہر کی تخت جانی اندر کی تخت عنکبوتی فضا سے سرایت زدہ ہو سکتی ہے چنانچہ دماغی اسجیہ کے التهابی عوارض عصب بصری کے ساتھ ساتھ اس کے غلاف کی فضاؤں میں سے پھیلتے ہوئے قرض بصری تک آسانی پہنچ سکتے ہیں۔ اور درون تجھی مرض میں، باشتنائے عوارض اسجیہ فضا بھیجے سے قرض تک اس عصب کی رشتی انصالی بافت میں سے ہونا ہوا پہنچ جاتا ہے۔ ان تعلقات سے التهاب عصب بصری (optic neuritis) اور درون تجھی مرض کے کثرت کے ساتھ اکٹھا واقع ہونے کی توجیہ کسی حد تک ہوتی ہے۔

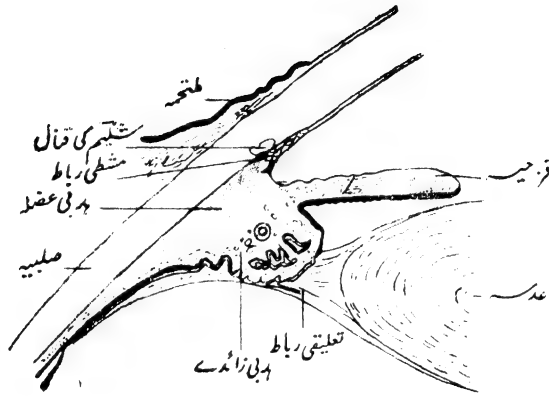
جو بھی یہ عصب سورخ بصری سے باہر نکلتا ہے یہ وتدی جوف کی بیرونی دیوار سے مس کئے ہوتا ہے، اور اگر یہ جوف مقابلہ تھیوٹا مو تو یہ موخر مصفاقی غلیات سے ملا ہوتا ہے۔ ان فضاؤں میں تفتیح واقع ہونے کی صورت میں سرایت کے عصب بصری تک پہنچنے کا امکان ہوتا ہے، اور اس طرح التهاب عصب بصری (optic neuritis) شروع ہو جاتا ہے۔

جب کبھی درون تجھی دباؤ کھوپری میں کسی سلحہ کے نشوونما پائے، یا زرف واقع ہونے، یا کسی دوسری حالت کے موجود ہونے سے بڑھ جاتا ہے تو یہ تخت عنکبوتی فضاں سے جو عصب بصری کے ارد گرد موجود ہوتی ہے متعلق ہو جاتا ہے، اور اسی وجہ سے مرکزی شریان اور ورید اس مقام پر دب جاتی ہیں جہاں یہ اس فضا کو عصب بصری تک پہنچنے کے لئے عبور کرتی ہیں۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پہلے ورید مضبوط ہو جاتی ہے، اور اس وجہ سے چشم بین (ophthalmoscope) میں سے شکستگی وریدوں میں اختقان دکھائی دیتا ہے۔ بعد ازاں دباؤ میں زیادتی واقع ہونے سے قرض میں اور اسکے عین ارد گرد ارتشاح پیدا ہو جاتا ہے، اور اسکے بعد زفات ظاہر ہو جاتے ہیں، اور شبکیہ شریانوں کی جسامت کم ہو جاتی ہے۔ تہج علیمی (papilloedema) کا وہ نقشہ جو چشم بین سے دکھائی دیتا ہے اسی طرح پیدا ہوتا ہے۔

مانی اور زجاجی طوبتیں (aqueous and vitreous humours)

مانی رطوبت (aqueous humour) سے مقدم کوشک پڑ ہوتا ہے۔ اور یہ وہ فضا ہے جو عدسہ کے کیسہ اور تعلیقی رباط اور قرنیہ کے درمیان ہوتی ہے۔ قزجیہ اس فضا کو مقدم اور موخر

دو حصوں میں تقسیم کرتا ہے۔ چونکہ قزحیہ کا زیادہ حصہ حقیقت عدسہ سے ملا ہوتا ہے اسلئے موخر حصہ ایک زاویہ وقفہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو قزحیہ ہدنی زاوئد اور عدسہ کے تعلیقی رباط کے درمیان ہوتا ہے (شکل ۲۰)۔ مقدم گوشک کا عمق ۳، ۶ ملی میٹر ہوتا ہے۔ قزحیہ کا اندرونی طبقہ صلیبیہ کے ساتھ تسلسل قائم کرتے وقت ریشوں میں تقسیم ہو جاتا ہے جو (۱) صلیبیہ (۲) ہدنی عضلہ اور (۳) ہدنی زوائد کو جاتے ہیں۔ ان ریشوں کے رباط منطی (ligamentum pectinatum)



شکل ۲۰۔ رباط منطی۔ فونٹانا کی فضائیں، ہدنی عضلہ اور عدسہ کا کیسہ۔

ہوتا ہے اور اسکے ریشوں کے درمیان جو وقفے ہوتے ہیں انکو فونٹانا (Fontana) کی فضاؤں کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے (قزحیتی قزحیتی فضائیں: iridio-corneal spaces)۔ یہ طبوت مائے سے پر ہوتی ہیں۔ ان فضاؤں کے اندر جو سیال ہوتا ہے وہ جذب ہو کر ایک مدور قنال میں پہنچ جاتا ہے جو صلیبیہ میں ہوتی ہے۔ یہ مدور وریدی قنال (circular venous canal) یا قنال شلم (canal of Schlemm) کہلاتی ہے (دیکھو شکل ۲۰)۔ یہ قنال صلیبیہ کے مقدم حصہ ہدنی زوائد اور قزحیہ کی وریدوں سے رابطہ و راہ رکھتی ہے۔ طبوت مائے ہدنی زوائد میں سے جو قزحیہ کے پیچھے ہونے میں مسلسل خارج ہوتی رہتی ہو اور اس طرح قنال شلم (canal of Schlemm)

میں جذب ہوتی رہتی ہے، جہاں سے یہ وریدی دوران میں چلی جاتی ہے۔ مقلد کا تئو رقتار افزا اور رقتار انجذاب کے درمیان صحیح صحیح مساوات قائم رہنے سے برقرار رہتا ہے۔ لہذا اگر یہ مقدم کو شک میں چلی آئے (کو شکی ریم: hypopycn) تو یہ بالعموم آسانی جذب ہو جاتی ہے، متوسط درجہ کی وعابداریوں پر بھی جو اس کو شک میں واقع ہوں یہی صادق آتا ہے۔ اور جو مشکل زجاجی کو شک سے خون کے مغذب ہونے میں پیش آتی ہے، اس کے مقابل میں مذکورہ انصبابات کا منزع دفعیہ بالکل ایک مختلف حیثیت رکھتا ہے۔

پروفیسر آرتھر تھامسن (Arthur Thomson) نے یہ ثابت کر کے دکھا دیا ہے کہ صلیبیہ کی اندرونی طرف، قزحیہ کے مقدم قاعدہ پر یا تو متخفص ہوتی ہے، اور یا میز اب دار ہوتی ہے۔ جب حد قزح متسع ہو جاتا ہے تو قزحیہ کے سکڑے ہوئے قاعدہ کا رجحان اس میز اب کو برگر کرنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس طرح رطوبت مائیہ کا نکل کر فونٹانا (Fontana) کی فصاؤں میں چلا جانا زیادہ مشکل ہوتا ہے۔

زجاجیہ (vitreous) فسادات چشم میں فعال حصہ نہیں لیتا۔ بعض اوقات ہم پہلو حصص کے التهاب میں یہ نانوئی طور پر باؤف ہو جاتا ہے، اور کبھی کبھی اس میں نزفات بھی واقع ہو جاتے ہیں، اور یہ اکثر مختلف اقسام کے غیر شفاف اجسام کا محل ہوتا ہے۔ اجسام غریبہ زجاجیہ میں بغیر کسی علامت کے معتدبہ عرصہ تک پڑے رہتے ہیں۔ (سمادیر: muscae volitantes) جو کو ناہ نظر (myopic) کو اکثر تکلیف دیتے ہیں زجاجیہ میں چھوٹے چھوٹے غیر شفاف ذرات کی موجودگی سے پیدا ہوتے ہیں، اور انکی شکل بسا اوقات بعینہ ویسی ہی ہوتی ہے جیسی زجاجیہ کے حیموں کی، جبکہ ان کو خرد میں سے دیکھا جائے۔

وہ نازک اور شفاف جھلی جو رطوبت زجاجیہ کے گرد بطور کیہ کے موجود ہوتی ہے غشائے شفاف (hyaloid membrane) کے نام سے موسوم ہے۔ زجاجیہ شبکیہ سے سوائے اس مقام کے جو پچھلی طرف قرص کے مقابل واقع ہوتا ہے، اور جہاں جنین میں عدرہ کی شریان داخل ہو کر قنال شفاف (hyaloid canal) میں سے آگے کی طرف کو جنینی حد قزح (foetal pupillary membrane) کو رسد پہنچانے کے لئے بڑھ جاتی ہے، آسانی علیحدہ کیا جاسکتا ہے۔ یہ عرق شبکیہ کی مرکزی شریان کی ایک شاخ ہے جو بعض اوقات سن بلوغ میں بھی ایک جمل لیفی کی شکل میں برقرار رہتی ہے۔ بعض شاذ و نادر مثالوں میں اس کا دوران خون جاری رہتا ہے، اور

اس کا بنضان حشتم بین سے دکھائی دے سکتا ہے۔

سبز موتیا (glaucoma) ایک ایسا مرض ہے جسکے علامات کا کلی انحصار گلوب کے دروں چشمی تناؤ کی افزائش پر ہوتا ہے۔ جب منظر کے اندر کا دباؤ شبکیہ اور مشیمیہ کی شریانوں کے خون کے دباؤ سے زیادہ ہو جاتا ہے تو آنکھ کا تغذیہ منقطع ہو جاتا ہے۔ طبعی طور پر دروں چشمی دباؤ دروں چشمی وریدوں کے خون کے دباؤ کے مساوی ہوتا ہے۔ اگر رطوبت مایہ صلیبیہ کی مدور وریدی قتال میں منجذب نہ ہو سکے تو یہ دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ یہ حالت ویسی ہی ہے جیسی کہ دماغ میں ہوتی ہے۔ آنکھ کی رطوبت مایہ بھیجے کے دماغی تحاشی سیال کی قائم مقام ہے۔ یہ امر قابل ذکر ہے کہ سبز موتیا (glaucoma) کے تقریباً سبب مرضوں میں محیط قرزجیہ اور قرنہ کے درمیانی زاویہ کے اجس میں طبعی حالت میں رباط مشغلی (ligamentum pectinatum) واقع ہوتا ہے، مکمل طور پر سدود ہو جانے سے فونٹانا (Fontana) کی مضب میں بند ہو جاتی ہیں۔

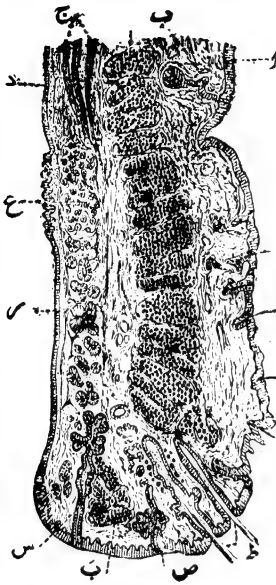
جہاں تک آنکھ سے سیال کے خارجی بہاؤ کا تعلق ہے مقدمہ کو شک کے محیط حصہ کی اہمیت بہت طریقوں سے ظاہر ہوتی ہے۔ اگر یہ حصہ قرنہ کے اشتقاق میں قزحہ سے باقاعدہ کے ٹل جانے سے عرصہ ہی سے سدود ہو جائے تو گلوب کے دباؤ کی زیادتی اس کا لازمی نتیجہ ہوتی ہے۔ سبز موتیا (glaucoma) میں قزحہ برآری (iridectomy) سے جو آرام حاصل ہو جاتا ہے، اس کا انحصار اس امر پر معلوم ہوتا ہے کہ یہ عملیہ رابطہ وراہ کے ان مجاری کو جو مایہ سے شریع ہوتے ہیں علی طور پر کھول دیتا ہے۔ لہذا اس طریقہ عمل کو کامیاب بنانے کے لئے شکاف صلیبیہ اتنا پیچھے واقع ہونا چاہئے کہ یہ تمام کا تمام زاویہ محمولہ بالا میں سے گزرے۔ مزید برآں یہ بھی ضروری ہے کہ قزحہ کو عین اس کی چیمپیدگی تک دور کر دیا جائے، اور اس کا معتد بہ حصہ کاٹا جائے۔ قزحہ برآری (iridectomy) سے بھی رطوبت مایہ کے لئے قزحہ کی ایک جدید شعری سطح پیدا ہو جاتی ہے، جو اس کے لئے ایک نئے مخرج کا کام دیتی ہے۔ کم عمر اشخاص میں رابطہ مشقی (ligamentum pectinatum) خلیہ دار اور کھلی ساخت کا ہوتا ہے، اور زیادہ عمر کے اشخاص میں یہ لیفی اور منقبض ہو جاتا ہے۔ لہذا معمر اشخاص میں سبز موتیا (glaucoma) کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے (بی۔ ہینڈرسن: T. Henderson)۔

سبز موتیا (glaucoma) کے تمام علامات کی توجہ غیر طبی تناؤ کے اثرات سے

ہو جاتی ہے چنانچہ ہر بی اعصاب سخت اور کڑے صلیبیہ پر مضبوط ہو جاتے ہیں جس سے شدید درد پیدا ہوتا ہے۔ نیز مثبت اور تسع حدقہ اور ندیم انس قرنیہ سے بھی یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان کے افعال میں اختلال آگیا ہے۔ مضطرب سے جو حصص غالباً پہلے متاثر ہوتے ہیں وہ شبکیہ عروق خون ہیں اور شبکیہ کے محیط یعنی شبکیہ دوران خون کی انتہائی حد پر مضطرب کا اثر ان میں نمایاں ترین ہوتا ہے۔ لہذا امید ان نظر آہستہ آہستہ تنگ ہو جاتا ہے اور یہ علامت سبز موتیا میں ہمیشہ پائی جاتی ہے۔ اور عصب بصری پر دباؤ پڑنے سے روشنی کے چمکارے اور دوسرے طبعی پیدا ہو جاتے ہیں جو اس مرض میں پائے جاتے ہیں۔ صلیبیہ کا کمزور ترین حصہ قرص میں ورقہ غلبین (lamina cribrosa) پر ہوتا ہے۔ یہ حصہ دباؤ سے جلد ب جاتا ہے اور اس سے سبز موتیا (glaucomatous cup) پیدا ہو جاتا ہے۔ سمت مخالف کا دباؤ عدد سہ کو آگے کی طرف پھیل دیتا ہے اور اس طرح مقدم کو شک تنگ ہو جاتا ہے۔ اور شبکیہ دوران خون میں جو خلل پیدا ہو جاتا ہے وہ ان منسج عروق سے ظاہر ہوتا ہے جو گلوب پر نمودار ہو جاتے ہیں۔

اجفان (eyelids) (شکل ۲۱)۔ ہر ایک پوٹے میں مندرجہ ذیل تہیں اس

ترتیب سے پائی جاتی ہیں:۔ (۱) جلد (۲) زیر جلدی بانٹ (۳) عضلہ محیطہ العینیہ (orbicularis oculi) (۴) غضروف الجعفی صحفہ (غضروف الجفن فوقانی superior tarsus) اور اس کا تسلسل مجر کے حاشیہ یعنی محوی فانس (غشائے غبی palpebral membrane) تک (۵) غضروف الجعفی (میہومی: Meibomian) غد کی تہ جو صحفہ مذکور میں مدفون ہوتی ہے اور (۶) لمغہ۔ اوپر کے پوٹے میں عضلہ رافع الجفن (levator palpebrae) غضروف الجعفی صحفہ کی طرف گزرتا ہوا پایا جاتا ہے۔ پوٹوں کے اوپر کی جلد بہت باریک اور نازک ہوتی ہے اور خون کی جو واپد ریاں اسکے نیچے پیدا ہو جاتی ہیں وہ اس میں سے باسانی دکھائی دیتی ہیں۔ اس جلد کی ملائمت اور زیر جلدی بانٹ کا ذیلیان اس حصہ کو اچھی طرح سے ترقیبی علیہ بات کے قابل بنادیتا ہے مگر ان خواص کی وجہ سے جرح کا بھی ایک قوی اثر ہوتا ہے چنانچہ زیرین پوٹے کے نیچے کے مندل شدہ مذاب کے انقباض سے پوٹے کے گلوب سے پیچھے ہٹ آنے سے شترہ خارجیہ (ectropion) یا برعکس (eversion) پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے بخلاف اسکے التهاب یا تباہ کن عوامل کے اثرات کے بعد دوران اندمال میں لمغہ کے انقباض سے ہر ایک پوٹا اندر کی جانب گلوب کی طرف مڑ جاتا ہے



اور اس طرح شترودنمید (entropion) پیدا ہو جاتا ہے۔
بیویٹوں پر بہت سے متضرر شگن ہوتے ہیں۔
اوپر کے پوٹے میں ایک شگن ہوتا ہے جو دوسروں کی نسبت
زیادہ نمایاں اور زیادہ گہرا ہوتا ہے اور اسکو دو حصوں میں
تقسیم کرتا ہے جن میں سے نیچے کا گلوب کو پوشیدہ کرتا ہے
اور اوپر کا عجری نرم ساختوں سے علاقہ رکھتا ہے۔ لاغری
میں بیویٹا اس شگن پر اندر کی طرف کو بہت گھس جاتا ہے۔
شگن گات اس شگن کے رخ میں لگانے چاہئیں۔

زیر جلدی یافت بہت ڈھیلی ڈھالی
ہوتی ہے اسلئے پوٹے التهاب کا نتیجہ یا زرق و برق
ہونے پر بہت متورم ہو جاتے ہیں۔ لہذا ان پر جو نیکیں
لگانا قرین مصلحت نہیں کیونکہ ایسا کرنے سے آنکھ متورم
اور سیاہ ہو جاتی ہے (”آنکھ پر کانیل“ black eye)۔

اس یافت کے منتقلی ایک عجیب امر ہے کہ اس میں ہم نہیں ملد
بیویٹوں کی کوروں پر پٹلیں یا غضروف البغنی
(tarsal glands) اور بعض ترمیم شدہ عرقی
اور دہنی غدو دیاے جاتے ہیں۔ ان غدو کا افراز بیویٹوں
کی کوروں کو چپکنے سے روکتا ہے۔ ان کوروں میں خراش
عوارض کے پیدا ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔

مزید برآں چونکہ یہ آزاد کنارے ہیں اس لئے دوران
بھی انتہائی ہے اور خون کی رو میں پرکود بھی باسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ انجیریہ (syccosis) جو ایک التهاب

شکل ۲۱۔ اوپر کے پوٹے میں سے گزرتی ہوئی انقباضی تراشیں۔
(ویڈیر: Waldeyer کے مطابق)۔ ۱۔ جلد۔
ب۔ عضلہ محیطیہ۔ ب۔ اس کا دہنی حصہ۔ ج۔ پوٹے کا غیر متنا
عضلہ جو عضلہ رافع البجن کی انتہا کے کچھ حصہ کو ظاہر کرتا ہے۔
د۔ مٹم۔ ہ۔ غضروف البجن فوقانی۔ س۔ غضروف البجنی غدو۔
ص۔ مرمرہ عرقی غدو۔ ط۔ پٹلیں۔ ع۔ پر غضروف البجنی غدو۔

ہے جس سے شری جراب اور پوٹے کی کور کے بعض غدو ماؤف ہو جاتے ہیں کثیرہ الوقوع مرض ہے۔
گوہا سنجی (sty) پوٹے کے حاشیہ پر القصابی یافت یا غدو میں قحج واقع ہونے سے پیدا ہوتی ہے۔
پوٹے کو الٹے سے پتھر میں سے غضروف البجنی غدو دکھائی دے سکتے ہیں۔ یہ زردی مائل دانوں کی لکیروں
کی شکل کے ہوتے ہیں مشترک غضروف البجنی (common tarsal) یا میبومی (Meibomian)

دویرہ ایک اعتباسی دویرہ ہے جو ان غد میں سے کسی ایک میں پیدا ہو جاتا ہے۔
یہ کسی جفت الجھنی غده کی قنات کے السداد سے پیدا شدہ اعتباس سے بنتا ہے۔

عروق خون پیوٹوں میں بافراط پائے جاتے ہیں۔ ہر ایک پیوٹے کو دو شریانیں

رسد پہنچاتی ہیں۔ ان میں سے یعنی (ophthalmic) شریان کی ایک جھنی شاخ ہوتی ہے جو ہر ایک پیوٹے کے اندرونی حصہ میں سے گزرتی ہے، اور ایک دمی (lacrymal) کی شاخ ہوتی ہے جو ہر ایک پیوٹے کے بیرونی حصہ میں سے گزرتی ہے۔ شاملہ جات (naevi) اور دوسری عرق بائیدیں اس محل پر بکثرت پائی جاتی ہیں۔

چار اعصاب اوپر کے پیوٹے کو رسد پہنچاتے ہیں یعنی فوق مجری (supraorbital) فوق بکری (supratrochlear)، اور تحت بکری (infratrochlear)، اور دمی (lacrymal)۔ نیچے کے پیوٹے کو ایک عصب (زیر مجری: infraorbital) رسد پہنچاتا ہے۔

پیوٹوں کے بعض عروق لمف پیش اذینی (preauricular) غد میں داخل

ہوتے ہیں۔ لہذا یہ پیوٹوں کے عوارض میں بعض اوقات کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔

لمعہ (conjunctiva)۔ اس غشا کا پشیمی حصہ پتلا ہوتا ہے، اور ملحق مرحلہ سے جبکی چسپیدگی بہت ڈھیلی ہوتی ہے پوشیدہ ہوتا ہے۔ جھنی حصہ زیادہ موٹا ہوتا ہے، اور عمودی مرحلہ سے ڈھکا ہوتا ہے جو زیادہ مضبوطی سے منضم اور نسبتاً زیادہ عروق دار ہوتا ہے۔ قرنیہ کی کور پر لمعہ اس مرحلہ سے مسلسل ہوتا ہے جو اس پردہ (قرنیہ) کی پوشش ہوتا ہے۔ چشمی لمعہ کو اس کے ڈھیلے پن کی وجہ سے ادھر ادھر آواز ادا طور پر حرکت دیا جاسکتی ہے، اور بعض عملیہ جات میں اس سے بہت استفادہ کیا جاتا ہے۔ مثلاً ٹیل (Teale) کے عملیہ میں جو انصاف الجھن (symblepharon) کے لئے کیا جاتا ہے گلوب سے قرنیہ کے اوپر سے لمعہ کا ایک پل بذریعہ تقطیع علیحدہ کر لیا جاتا ہے، اور اس خام سطح کو پوشیدہ کرنے کیلئے جو نیچے کے پیوٹے سے مس کرتی ہے قرنیہ پر سے نیچے کھینچ لیا جاتا ہے۔ یہ ڈھیلی بانٹ تہج لمعہ (chemosis) کے پیدا ہونے میں مدد دیتی ہے جو انتہائی حالتوں میں اس درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ مریض اپنی آنکھ بند نہیں کر سکتا۔

علاوہ ازیں اسکے عروق کا سہارا چونکہ کمزور ہوتا ہے اس لئے ان میں تھوڑے سے اشتعال سے بھی پھٹ جانے کا رجحان موجود ہوتا ہے۔ چنانچہ زیرِ لمتحمہ نرفات بعض اوقات شدید تھے یا سال دہائی کے دورہ میں بھی واقع ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں کھوپڑی کے قاعدہ میں کسور واقع ہو جانے کی حالت میں بھی خون اس غشا کے نیچے آ جاتا ہے۔ اس غشا کے نیچے جو نرفات واقع ہوتے ہیں ان میں اور دوسری وعائداریوں (کوفٹیکوں) میں بہ فرق ہوتا ہے کہ قبل الذکر میں قرمز رنگت برقرار رہتی ہے، اور اسکی وجہ یہ ہے کہ لمتحمہ کے پتلے پن کی وجہ سے آکسیجن خون تک پہنچتی رہتی ہے، اور اسکو شریانی خاصہ بخش دیتی ہے۔

لمتحمہ کے التهاب سے معتد بہ ندبی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جسکا کہ دوسرے اغشیہ مخاطیہ میں اور شاید مجری بول میں خاص طور پر پائے جاتے ہیں۔ تباہ کن اعمال کے بعد لمتحمہ کے انقباض سے ششروہ داخلیہ (entropion) کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر لمتحمہ کا حیثی حصہ اور اس کا منظر جنسی حصہ دونوں تباہ ہو جائیں تو اس طرح خود دو خام سطعیں باقی رہ جاتی ہیں وہ آسانی سے متحد ہو جاتی ہیں، اور پھر ناگلوب سے منضم ہو جاتا ہے، اور القشاق الجفن (symblepharon) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت نیچے کے پیوٹے سے تعلق رکھتی ہے، اور عام طور پر چونے یا دیگر کاوی اشیا کے نیچے کے پیوٹے اور گلوب کے درمیان اتفاقیہ داخل ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے۔

اس غشا کے التهاب کی ایک عام قسم میں جنسی لمتحمہ پر چھوٹے چھوٹے اریکوں (granulations) کی ایک تعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ صحیح معنوں میں اریکی بافت نہیں ہوتی کیونکہ اس حصہ میں صادق نتیجہ واقع نہیں ہوتا، بلکہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ان اریکوں میں سے کچھ فدی بافت کے کریبجوں سے بنے ہیں، اور کچھ کلانی یافتہ مخاطی جرابوں اور بیش پروردہ صلیموں پر مشتمل ہیں، اور یہ تمام ساختیں اس غشا میں طبعی طور پر پائی جاتی ہیں۔ اس عارضہ کا نام

ردجیمی (trachoma) یا لکڑے (grancular lids) ہے۔ اس عارضہ میں

غشائے مذکور کے زیادہ عمیق حصوں میں بہت سی جدید بافت طیار ہو جاتی ہے۔ اس جدید بافت اور ان اریکوں (granulations) کے انجذاب سے انقباض پذیر ندبہ پیدا ہو جاتا ہے جس سے اس غشا میں بہت شکن پڑ جاتے ہیں، اور اکثر ششروہ داخلیہ (entropion) بھی پیدا ہو جاتا، اور پلکس اندر کی طرف کوڑ جاتی ہیں۔

آلہ دمعیہ (lacrymal apparatus) - دمعی غدد (lacrymal gland)

89

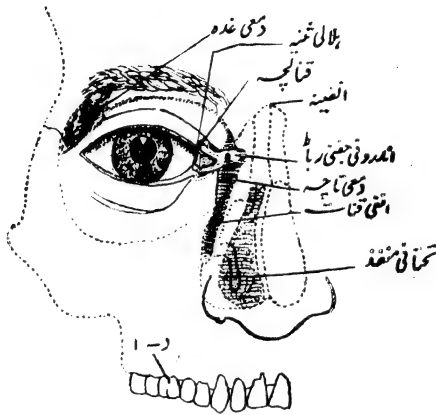
(gland) جو مجر کے بالائی اور بیرونی ربع میں واقع ہوتا ہے (شکل ۲۲) (levator palpebræ) کے وتر کے جانبی پھیلاؤ سے دو حصوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ ایک بڑا فوقانی حصہ جو مذکورہ پھیلاؤ اور مجر کی چھت کے درمیان واقع ہوتا ہے، اور ایک چھوٹا تحتانی حصہ جو اس پھیلاؤ اور اس مقام کے درمیان واقع ہوتا ہے جہاں ملتحمہ منقلہ سے معکوس ہو کر بالائی عضن پر چلا جاتا ہے۔ اسکی قناتیں جو جسم امت میں چھوٹی اور تعداد میں تقریباً بارہ ہوتی ہیں ملتحمہ انوکاس کے بیرونی حصہ میں کھلتی ہیں۔ اس غدہ کے استیصال میں کوئی فنی مشکل پیش نہیں آتی، کیونکہ یہ اپنے قرب و جوار کی ساختوں سے ڈھیلے طور پر پسیدہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ غدہ ملتہب ہو جاتا ہے، اور اتنا کثافی یافتہ ہو جاتا ہے کہ یہ سلعہ کی مانند دکھائی دیتا ہے، اور گلوب کو نیچے اور اندر کی طرف ہٹا دیتا ہے، اور ملتحمہ کے چنبی جنبی شکن کو دبا کر آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے۔ اگر خراج پیدا ہو جائے تو یہ اکثر اوپر کے پوئے کی جلد میں سے پھٹتا ہے۔ اس غدہ کے دویرے (دویرہ دمعیہ: dacryops) اس کی قناتوں کے انداد اور اتساع سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور اسکا طبی افراز آنکھ کی کھلی سطح کو تر رکھتا ہے، مگر اس کا استیصال خراب اثرات پیدا ہونے کے بغیر کیا جاسکتا ہے۔ آنسو منقلہ پر سے گزرتے ہیں اور اسے تر رکھتے ہیں، اور پھر یہ ہر دو نقاط دمعیہ (puncta lacrimalia) میں سے جن میں سے ایک، بالائی پوئے کے حاشیہ کے اندر کی طرف اسکے اندر کے سرے پر ہوتا ہے، اور دوسرا نیچے کے پوئے پر پہلے کے مناظر مقام پر واقع ہوتا ہے، گزرتے ہیں، اور یہاں سے قناتچوں (canaliculi) کے ذریعہ سے دمعی تاجہ (lacrymal sac) میں چلے جاتے ہیں، اور اس میں سے ہو کر انفی قنات (nasal duct) کے راستہ سے تحتانی انفی منقلہ (inferior nasal meatus) میں پہنچ جاتے ہیں۔ معمولی حالتوں میں اس افراز کی مقدار اتنی زیادہ نہیں ہوتی کہ ناک میں سے اسکی تخلیر کی ضرورت ہو، لیکن جذبہ کے وقت افراز بکثرت ہوتا ہے، اور اسکی زائد مقدار بچوں اور عورتوں میں آنسوؤں کی شکل میں بہ جاتی ہے۔ مردوں میں چونکہ انفی قناتیں نسبتاً وسیع ہوتی ہیں اسلئے زائد مقدار ان قناتوں میں سے گزر جاتی ہے۔ لہذا ان میں جذبہ کا اظہار رونے کی بجائے زور سے ناک صاف کرنے اور ناک میں بولنے سے ہوتا ہے۔

دُمعی تاجہ (lacrymal sac) ناک کی ایک طرف اندرونی گوشہ چشم (وسطانی جفنی ملتقہ: medial palpebral commissure) کے قریب واقع ہوتا ہے، اور دُمی اور فوقانی فکی ہڈیوں میں جو میزب ہوتا ہے اس میں بڑا ہوتا ہے (شکل ۲۲) اس کی بیرونی جانب پر زور آگے کی طرف کو دونوں دُمی تمنا لچے اس میں شامل ہو جاتے ہیں۔ تاجہ کے سامنے اندرونی جفنی رباط (internal palpebral ligament) یا وتر لعین (tendo oculi) واقع ہوتا ہے۔ اگر دونوں پیوٹوں کو زور سے باہر کی طرف کو کھینچا جائے تو یہ رباط آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے اور نظر بھی آسکتا ہے۔ یہ تاجہ کی طرف رہنمائی کرنے کا کام بھی دیتا ہے۔ جب پیوٹوں کو زور سے بند کر لیا جاتا ہے تو یہ تنیدہ ہو جاتا ہے۔ اسلئے اس حالت میں بھی یہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔ دُمعی تاجہ کو یہ اس کے بالائی ایک تہائی حصہ اور زیرین دو تہائی حصہ کے مقام اتصال پر زاویہ قائمہ پر کاٹا ہوا گذرتا ہے۔ اگر اس رباط کے عین نیچے جانو داخل کیا جائے تو یہ تاجہ کو تقریباً وسط پر سے کھول دے گا، اور اس امر کا بھی خیال رکھنا چاہئے کہ جب دُمعی خراج پھٹنے کو ہوتا ہے تو اس کا منہ ہمیشہ اس رباط کے نیچے بنتا ہے۔

چونکہ دُمعی تاجوں (lacrymal sacs) کے عوارض اکثر بہت درخیز ہوتے ہیں اسلئے یہ امر قابل ذکر ہے کہ اس تاجہ کی عصبی رسد انفی عصب (nasal nerve) کی زیرکبری (infratrochlear) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔

دُماع (epiphora) یا آنسوؤں کا غیر طبعی بیش بہا و زیادہ تردد و اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۱) نقطہ (puncta) سے لیکر انفی یا انفی دُمی قناتوں کے فتح تک جو ناک میں واقع ہوتا ہے دُمی گذر گاہوں کے کسی مقام پر سدود ہو جانے سے (۲) کسی ایسے سبب سے جو زیرین نقطہ کو گلوب کے ساتھ مس نہ کرنے دے جیسا کہ شترہ خارجیہ (ectropion)، شترہ داخلہ (entropion)، اور نیچے کے پیوٹوں کے ورم وغیرہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ یہ عضلہ محبطہ البینیہ (orbicularis oculi) کا پیش جفنی (pretarsal) حصہ ہی ہے (یعنی وہ ریشے جو پیوٹوں میں سے انکے آزاد حواشی کے قریب سے گذرتے ہیں) جو پیوٹوں کو مقلہ کے ساتھ ملا رکھتا ہے۔ یہ ریشے دُمعی تاجہ کے پیچھے موخر دُمی عرف (posterior lacrymal crest) پر ختم ہو جاتے ہیں، اور ان سے ایک عضلہ نیار ہو جاتا ہے جو کسی زمانہ میں ناشترہ کھن (tensor tarsi)

یا عضلہ ہارنر (Horner's muscle) کے نام سے موسوم تھا (وٹنل: Whitnall)۔ یہی شریان سے دُماع (epiphora) پیدا ہو جاتا ہے کیونکہ عضلہ محیطیہ کے ڈھبلا ہو جانے کی وجہ سے نقطہ (punctum) گلوب سے پیچھے ہٹ جاتا ہے۔ مزید برآں آنکھ جھپکنے کے دوران میں عضلہ مذکور کے انقباضی فعل سے آنسوؤں کے گزرنے میں جو مدد ملتی ہے اس کا بھی خاتمہ ہو جاتا ہے۔ دُماع (epiphora) کے علاج میں انفی قنات کو بعض اوقات سلائنیوں سے متسع کرنا ضروری ہوتا ہے



شکل ۲۲۔ دمی آلہ کی تصویر۔

تیرہلی ڈاڑھ کی طرف اشارہ کرتا ہے جو انفی قنات کے رخ کو ظاہر کرتی ہے۔

اور بعض حالتوں میں قناطروں کو کبھی کھولنا پڑتا ہے، اور شکاف مباری نوک والے چاقو (pobe-pointed knife) (ویبر کے چاقو: Weber's knife) سے ایسے مقام پر دیا جاتا ہے کہ دمی تاج کا اندام داخل گلوب سے ملتا رہے۔

91

انفی قنات (nasal duct) (انفی دمی: naso-lacrymal) طول میں

انچ سے ذرا زیادہ ہوتی ہے، اور اس میں سے جو سلائی گزاری جاتی ہے اسے نیچے کی اور ذرا نیچے کی اور باہر کی طرف پہلی ڈاڑھ کی سمت میں یعنی ناک اور زخار کے درمیانی میزب کے منوازی کی گزرنا چاہیے

(شکل ۲۲)۔ انفی قنات ناک کی غشائے مخاطی کو تحتانی مقنول زائدہ (inferior turbinate

process) کے نیچے بہت ترچھے رخ میں مثقب کرتی ہے، اسلئے اسکی اندرونی دیوار ایک مصرع کا کام دیتی ہے۔ اگر یہ تقریح سے تباہ ہو جائے جیسا کہ بعض اوقات آتشک میں ہوتا ہے تو ذمی تاجہ ناک صاف کرنے پر منتفج ہو جاتا ہے۔ غلی انفی قنات کا قطر یہ مختلف ہوتا ہے، اور اسکا قطر ۵، ۲ ملی میٹر سے لیکر ۵، ۷ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ اسکی موئی غشائے مخاطی کی جواسکا استرہ موتی ہے، زیر مخاطی تہ میں ایک کثیر العروق و ریدی ضغیرہ پایا جاتا ہے جو اس قنات کے ملہب ہو جانے پر باسانی متورم ہو جاتا ہے اور آنسوؤں کو گزرنے نہیں دیتا۔ طبعی قنات میں ۵، ۳ ملی میٹر قطر کی سلانی سما سکتی ہے۔ یہ ضرور مادر کھنچا جائے طبعی طور پر اس قنات کا درونہ بند ہوتا ہے، اور اسکی استری غشا میں بہت مستعرض شغلن ہوتے ہیں جن میں سلانی کا سر بعض اوقات اک جاتا ہے۔ التہابی عوارض انفی کبفہ میں سے ذمی تاجہ ناک انفی قنات کے راستہ سے باسانی صعود کر جاتے ہیں۔

پانچم

کان

93

صیوان الاذن (pinna) بعض اوقات خلقی طور پر غائب ہوتا ہے، اور بعض وقتاً

رخسار یا گردن کی کسی جانب پر زائد اذین (auricles) موجود ہوتے ہیں۔ موخر الذکر مقام پر نام نہاد زائد یا مستزاد اذین (supernumerary auricle) یعنی غضروف کے ایک بے ڈھنگے ورق پر مشتمل ہوتا ہے جو زیرین خیشومی درزوں (branchial cleft) میں سے ایک کے جوشی سے پیدا ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 230)۔ گھنڈی کی طرح کے زائد اذین جو رخسار پر صیوان الاذن یا منفذ کے سین سامنے پائے جاتے ہیں ان چھ درنوں میں سے جن سے صیوان الاذن خود نمودار ہوتا ہے ایک یا زائد درنہ کے بیقاعدہ نمو یا عدم اتحاد سے پیدا ہوتے ہیں صیوان الاذن میں بعض اوقات ایک خلقی ناسور یا باجاتا ہے جو پہلی خیشومی درز (branchial clefts) کے غیر مکمل طور پر بند ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ قنبی کان میں اس درز کے مکمل پر یوسٹیکین ٹی (Eustachian tube)، طبل (tympanum)، اور منفذ سمعی خارجی (external auditory meatus) پائے جاتے ہیں۔

اور صیوان الاذن اس پوشش سے پیدا ہوتا ہے جو اس درز کے ارد گرد پائی جاتی ہے۔ بعض زیادہ چھوٹے اور زیادہ وسطی ناسور خیشومی درز کے غیر مکمل طور پر بند ہونے سے پیدا نہیں ہوتے، بلکہ ان درنوں میں سے جن سے صیوان الاذن ابتدائی طور پر بنتا ہے بعض میں مکمل اتحاد قائم نہ ہونے سے

پیدا ہوتے ہیں۔ حادثات سے صیوان الاذن (pinna) کے علیحدہ ہو جانے سے تیز فنی سماعت میں عام طور پر بہت کم فرق آتا ہے۔

اذین (auricle) پر کی جلد باریک اور بہت قریبی طور پر منضم ہوتی ہے۔ زیر جلدی بافت کی مقدار قلیل ہوتی ہے اور اس میں شحم بہت کم ہوتا ہے۔ اس کی سطح کے الہابی عوارض مثلاً سرخبادہ (erysipelas) میں صیوان الاذن (pinna) انتہائی درجہ تک متورم ہو جاتا ہے اور حصص کی تنیدگی کی وجہ سے بہت سخت درد پیدا ہوتا ہے۔ صیوان الاذن اور غضروفی منفذ کھوپری سے بہت مضبوطی سے پیسیدہ ہوتے ہیں لہذا دونوں کان پکڑ کر جسم کو بشرملیکہ اسکا وزن بہت زیادہ نہ ہوزمین سے اوپر اٹھایا جاسکتا ہے مگر یہ تجربہ ظالمانہ اور خطرناک ہے۔

منفذ سمعی خارجی (external auditory meatus)۔ اس کی

قال تقریباً اسی طرح لہبی ہوتی ہے اور اسکا رخ آگے کی اور اندر کی طرف کو ہوتا ہے لہذا اذن وسطی تک پہنچنے اور اسکو معر کر نیچے لئے سرجن صماغ کی موخر دیوار کو اپنا رہنما بناتا ہے۔ خارجی منفذ، لطف (promontory)، طرز و (cochlea) اور داخلی منفذ ایک ہی خط میں واقع ہوتے ہیں۔ قال میں وسط پر ایک انتصابی خم ہوتا ہے جسکا انحذاب پر کیطرف کو ہوتا ہے۔ قال کو منظر اول یا دوسرے اوزار کے داخل کرنے کی غرض سے سیدھا کرنے کے لئے صیوان الاذن کو اوپر کی طرف کو اور کسی قدر باہر اور پیچھے کیطرف کو کھینچنا چاہئے۔ اس قال کا درونہ اسکے ممر کے مختلف حصوں میں مختلف ہوتا ہے۔ وسط پر تین تگتے بن ہوتی ہے اور عظمی حصہ غضروفی حصہ کی نسبت زیادہ تنگ ہوتا ہے۔ دہنہ خارجی ایلیٹی ہوتا ہے اور اسکا طویل ترین قطر اوپر سے نیچے کی سمت میں ہوتا ہے اسلئے منظر اول کی شکل گول ہونی بجائے ایلیٹی ہونا چاہئے۔ بخلاف اس کے نامی کا اندرونی مرامستعرض رخ میں ذرا سا زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔

اسکی دیواروں کا کچھ حصہ عظمی ہوتا ہے اور کچھ حصہ غضروفی۔ بالغ میں نصف سے

زیادہ قال ہڈی سے گھری ہوتی ہے مگر ایک سال کے شیرخوار بچہ میں اسکا صرف ایک ثلث ہی عظمی ہوتا ہے اور بقیہ حصہ غضروفی ہوتا ہے اور پانچ چھ سال کے بچہ میں عظمی اور غضروفی حصوں کی لمبائی تقریباً ایک ہی ہوتی ہے (سمنگٹن : Symington)۔

خارجی کان کی عظمیٰ دیواریں آگے کی نسبت پیچھے کی طرف بڑی ہوتی ہیں، اور جہاں پر منفذ کے عظمیٰ حلقہ کا مقدم حصہ واضح طور پر دکھائی دیتا ہے وہاں اسکے موخر حصہ پر ایک ڈھلان پایا جاتا ہے جو بتدریج زائدہ حللیہ کے قاعدہ کی بیرونی جانب تک پہنچ جاتا ہے۔ اکثر اوقات موخر عظمیٰ دیوار اور کھوپری کی بیرونی جانب کی درمیانی حد ایک چھوٹے سے شوکہ یا جید سے جو ہینل (Henle) کے فوق منفذی شوکہ (suprameatal spine) کے نام سے موسوم ہے ظاہر ہوتی ہے مگر ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ چونکہ مرض حللیہ (mastoid disease) کے عمل میں گوج (gouge) کا استعمال فوق منفذی مثلث سے شروع کیا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 106) جسکی ایک حد عظمیٰ منفذ کے موخر حاشیہ سے بھی بنتی ہے، اسلئے شوکہ ہینل (spine of Henle) سرجن کے لئے ایک مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔

95

غشائے طبلی کے ترچھا ہونے کی وجہ سے منفذ کا فرش چھت کی نسبت زیادہ لمبا ہوتا ہے۔ خارجی عظمیٰ کان میں نہ تو بال ہوتے ہیں اور نہ خدد۔

نالی کے غضروفی قطعہ (cartilaginous segment) میں بہت سے

دہنی غد پائے جاتے ہیں جنہیں چھوٹے چھوٹے اور بہت دردنیز خراج یا دل پیدا ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں ایسے صلاخی غد کی ایک بہت بڑی تعداد پائی جاتی ہے، جسکے افراز کی افراط سے بعض اوقات استقدر میل پیدا ہو جاتا ہے کہ قنال کو بند کر دیتا ہے اور کان بہرا ہو جاتا ہے۔ غضروفی حصہ کے فرش پر سینٹورینی (Santorini) کے شقاقات پائے جاتے ہیں۔ یہ ایک قسم کے وقفے ہوتے ہیں جو غضروف میں پائے جاتے ہیں اور لیسفی بافت سے پڑھوتے ہیں صیوان الاذن انہی کی وجہ سے زیادہ آزادی سے حرکت کرتا ہے۔ جب خراج تکفیف (paratoid abscess) کی کپچہ منفذ خارجی میں سے نکلتی ہے تو یہ انہی شقاقات کے راستہ سے آتی ہے۔

التهاب الاذن خارجی (otitis externa) میں بعض اوقات منفذ سے قیمی مواد بکثرت خارج ہوتا ہے اور کبھی کبھی معلق مہجے یا سعدانے (polypi) بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ کھوپری کی دوسری ہڈیوں کے ساتھ ہی بیرونی کان کی عظمیٰ دیواروں میں بھی حاجی سلعات عظمیہ (ivory osteomata) کے پیدا ہونے کا ایک خاص امکان پایا جاتا ہے۔

بیرونی کان میں اکثر اجسام غریبہ انک جااتے ہیں اور چونکہ انکا مکان اکثر شکل ہوتا ہے اسلئے انکو اپنی جگہ سے ہٹانے کے لئے غلط کوشش کرنے سے معتد بہ نقصان پہنچ جاتا ہے۔ اس امر کی احتیاط کرنا چاہئے کہ اس قسم کے جسم کو آگے کی طرف کو نہ دھکیل دیا جائے اگر یہ کسی ایسے مادہ سے مرکب ہے جو پانی جذب کر سکتا ہے تو پچکاری سے نکالنے کی بقیاعدہ کوششوں سے اسے چھو لئے نہ دیا جائے اگر یہ منظر کی مدد سے اسکے پیچھے آہستہ سے ایک خمیدہ سلائی ڈاکٹر کا لانا نہیں جاسکتا تو بعض اوقات یہ ضروری ہوتا ہے کہ کان کے پیچھے ایک بالائی شکل کا شیخاف دیکر اس کو معمر کر لیا جائے۔ اس سے غضروف عظمیٰ منفذ کی موزر دیوار سے عارضی طور پر علیحدہ ہو جاتا ہے۔

96

منفذی دیواروں کے تعلقات جراحی نقطہ نگاہ سے اہم ہیں۔ اسکی بالائی دیوار صحیحی سے ہڈی کی صرف ایک کثیف تہ کے ذریعہ علیحدہ ہوتی ہے۔ اسلئے اس حصہ کے خراج یا عظمیٰ مرض سے التهاب سمیہ (meningitis) پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اس قنال کی مقدم دیوار صدغی فکی مفصل (temporo-maxillary joint) اور غدہ کنفیہ کے کچھ حصہ سے علاقہ رکھتی ہے۔ اس امر سے منفذ کے ملہب ہونے کی حالت میں جبراً ہلانے سے جو درد محسوس ہوتا ہے اسکی بھی ایک طرح سے توجیہ ہوتی ہے مگر ساتھ ہی یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ فک زیرین کی حرکت کے ساتھ ہی غضروفی منفذ میں بھی حرکت ہوتی ہے اور نیز دیوار ہائے منفذ اور مفصل مذکور دونوں کی رسد ایک ہی عصب سے آتی ہے (اذینی صدغی: auriculo-temporal)۔ جبر سے اس کے قنال سے اسکا جو تعلق ہے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ منفذ کی اس دیوار میں ٹھڈی کے بل گرنی سے کسر واقع ہو سکتا ہے۔ یکھی غدہ کے اندر کا خراج سینٹورینی (Santorini) کے شقاقوں کے راستہ سے جو اس گذرگاہ کی مقدم دیواریں واقع ہوتے ہیں منفذ تک پھیل سکتا ہے۔ موزر دیوار منفذ کو علمی غلیات (mastoid cells) سے علیحدہ کرتی ہے۔ موزر دیوار کے عین پیچھے (بہنی خارجی اذنی منفذ کے وسطی نقطہ سے تقریباً ۳/۴ انچ کے فاصلہ پر) جانی جوف (lateral sinus) ہوتا ہے (شکل ۲۵)۔ غظمیٰ منفذ کی تختانی دیوار بہت کثیف اور مضبوط ہوتی ہے اور غمدی (vaginal) اور ابری (styloid) زوائد کی متناظر ہوتی ہے۔

رسد خول۔ صیوان الاذن اور منفذ خارجی کو خون کی رسد صدغی اور موزر

اذینی شریانوں سے بخوبی پہنچتی ہے اور منفذ کو خارجی فکی (external maxillary) کی

ایک شاخ بھی جاتی ہے اس رسد کے باوجود صیوان الاذن میں پالا مار جانے سے گنگرین واقع ہو جاتی ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ تمام عروق سطحی ہوتے ہیں اور سطح کے نیچے اسکے نزدیک ہی واقع ہوتے ہیں اور نیز یہ حصہ سردی لگنے کے لئے کھلا رہتا ہے اور اسپر جوہری کی کوئی پوشش نہیں ہوتی یہی حالات بیرونی سردی سے ناک میں گنگرین واقع ہونے کے محرق ہیں۔ نونی سلعات (سلعاست دمویہ) صیوان الاذن میں اکثر دیکھنے میں آتے ہیں اور گھونٹے بازوں فٹ بال کھیلنے والوں اور دیوانوں میں عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ یہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں اور خون کی عابدری پر مشتمل ہوتے ہیں جو گردگری اور غضروف کے درمیان واقع ہوتی ہے۔

عصبی رسد صیوان الاذن کو ازینی صدغی (auriculo-temporal) اور

97

عظیم ازینی (great auricular) اور صغیر قدالی (small occipital) اعصاب سے رسد بنتی ہے (دیکھو شکل ۲ صفحہ ۱۱)۔ منفذ کی رسد زیادہ تر ازینی صدغی (auriculo-temporal) کے ذریعہ سے آتی ہے اور عصب تائیہ (vagus) کی ایک ازینی شاخ اسکی مدد کو آتی ہے [آرنولڈ (Arnold) کا عصب] جو اس قنال کے پیرین اور پچھلے حصہ کو جاتی ہے اور یہ شاخ قنال کی ابتدا سے دوڑ نہیں ہوتی۔ وجہی (facial) سے بھی ایک شاخ نکلتی ہے جو منفذ میں جا کر ختم ہوتی ہے (رمزئے ہنٹ: Ramsay Hunt)۔ عصب تائیہ کی ازینی شاخ کے متعلق کان کے عصبی تعلقات کے سلسلہ میں بہت سارے نطن پایا جاتا ہے۔ پرنکلف دعوتوں میں یہ عام طور پر دیکھنے میں آتا ہے کہ جب عرق گلاب سامنے رکھا جاتا ہے تو زیادہ تجربہ کار شرکائے دعوت کان کی پچھلی طرف کیے پچھلے حصہ کو تر دست مال سے مس کرتے ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ یہ عمل بہت تازگی بخش ہے اور اسے متعلق یہ خیال ہے کہ اس سے آرنولڈ (Arnold) کے عصب میں غیر اختیاری طور پر ہیجان پیدا ہو جاتا ہے اور یہ وہ عصب ہے جسکا تہ معدہ کو جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس عصب کو مزاحاً "عصب الہیخ" (alderman's nerve) کہا جاتا ہے۔

اذنی کھانسی۔ اذنی چھینک۔ اذنی جمائی: تکلیف دہ

خشک کھانسی میں منفذ میں کسی شحایت کا پایا جانا قلیل الوقوع نہیں بعض اوقات منظر کے صرف داخل کرنے ہی سے مریض کو کھانسی شروع ہو جاتی ہے ایک ایسے واقعہ کی اطلاع دی جا چکی ہے

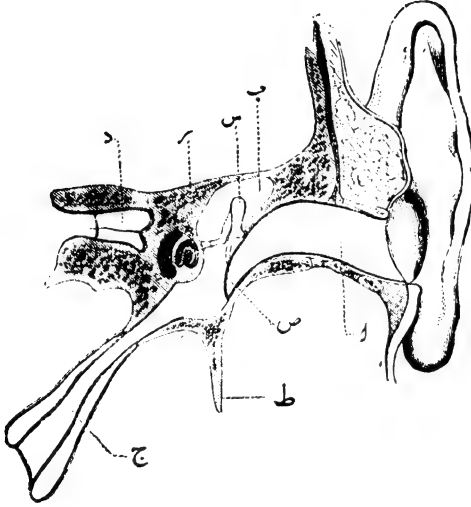
جس میں اٹھارہ ماہ تک تکلیف دہ کھانسی موجود رہی اور کان سے میل کی ایک ڈاٹ نکالنے سے فوراً بند ہوگئی۔ ایسی حالتوں میں خراش تنفس اور کھانسی کے مراکز تک جو چوتھے طبین کے فرش پر ہوتے ہیں عصب تائید (vagus) کی اذینی شاخ کے ذریعہ سے متصل ہوتی ہے۔ گاسکل (Gaskell) نے یہ ثابت کیا ہے کہ عصب تائید میں پانچویں عصب کے غیر متعلقہ خشاں ریشے بھی موجود ہوتے ہیں لہذا عصب تائید کے نوانات میں پانچویں عصب کی شاخوں مثلاً اذینی صدغی سے اختلالات پیدا ہو جاتے ہیں۔ منفذ سمعی خارجی کے اعصاب کا جو تعلق عصب تائید کے نوانات سے ہوتا ہے اس سے ایسی جھینکوں اور قیوں کی توجہ بھی ہو جاتی ہے جو خارجی منفذ میں جسم غریب کے موجود ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔ اسی عصبی تعلق سے ان جانیوں کا سبب بھی معلوم ہو جاتا ہے جو کان کی نکیچائیوں میں بار بار آیا کرتی ہیں۔ جو خراش تحتانی سنی (inferior dental) اور لسانی (lingual) اعصاب کے ذریعہ سے پہنچتی ہے وہ اذینی صدغی کے ساتھ ساتھ محمول ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ کان کے درد میں زبان اور نیچے کے دانتوں کا امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ سرطان زبان کی حالتوں میں درد اذینی، صدغی اور حلی خطوں میں بہت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ ہیڈ (Head) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ کان، نوزہ زبان یا نیچے کے جبرے کے مرض میں اس جبرے کے ساتھ ساتھ یا اسکے نیچے کی جلد پر الیمیت کا ایک رقبہ پایا جاتا ہے۔

آنکھ کے شدید عوارض کو رفع کرنے کے خیال سے کان میں حلقے ڈالنے کا ایک عام رواج تھا۔ بنا گوش کو عظیم اذینی عصب جو دوسرے اور تیسرے عقی اعصاب سے نکلتا ہے رسد پہنچاتا ہے۔ اور آنکھ کو پانچویں عصب کی عینی (ophthalmic) قسمت سے رسد پہنچتی ہے۔ جن مراکز سے یہ اعصاب ملتے ہیں انہیں ایک معین تعلق پایا جاتا ہے کیونکہ پانچویں عصب کا ریزیجی نوات اس رمادی مادہ کا جس سے عقی اعصاب کی موضع جڑیں نکلتی ہیں ایک بلا واسطہ تسلسل ہے جو اوپر کی طرف کو چلا گیا ہے۔

ہلٹن (Hilton) نے کان کے مبہم سے درد کے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے اس میں یہ معلوم ہوا کہ یہ گردن کے ایک کلانی یا فٹہ غدہ سے پیدا ہوا تھا جو عظیم اذینی عصب کے منہ پر دباؤ ڈالتا تھا۔

غشاء طبل (membrana tympani)۔ یہ غشاء بہت تر جمی واقع ہوتی ہے اور افقی مستوی کے ساتھ یہ ۴۵ درجہ کا زاویہ بناتی ہے۔ بوقت پیدائش یہ تقریباً افقی معلوم ہوتی ہے

اگرچہ وحقیقت ایسا نہیں ہوتا۔ چونکہ منفذ کی عظمی دیوار اپنے اندرونی سرے پر نیچے کی طرف کو ڈھلوان ہوتی ہے اسلئے یہ اس غشا کی زیریں کو رکے ساتھ ایک قسم کا جوف بنا دیتی ہے جس میں چھوٹے چھوٹے اجسام غریبہ آسانی پڑے رہتے ہیں (شکل ۲۳)۔ ہڈی کا وہ حلقہ جسکے ساتھ یہ غشا چپکی ہوتی ہے اپنے بالائی اور مقدم حصہ پر نامکمل ہوتا ہے۔ اس طرح جو رخندہ رہ جاتا ہے اس کو طبل کی کٹاؤ



شکل ۲۳۔ یہ تراش خارجی منفذ اذن وسطیٰ اور یوسٹیکین ٹی میں سے گزرتی ہے۔ (ٹلو)

۱۔ خارجی سمی منفذ۔ ج۔ کہنہ طبل کا علیہ۔ ج۔ یوسٹیکین ٹی۔ د۔ داخلی سمی منفذ۔

۲۔ حلزوندہ۔ س۔ استخوانچہ۔ ص۔ غشائے طبل۔ ط۔ زائئہ ابریہ۔

(tympanic notch) یا رینی (Rivini) کا کٹاؤ کہتے ہیں۔ اس میں ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت موجود ہوتی ہے جو منفذ کے استر کے ایک تسلسل سے پوشیدہ ہوتی ہے اور پیپ اذن وسطیٰ میں سے اس میں سے گزر کر اس غشا کو مشتبہ کو بغیر معیٰ قال میں آسکتی ہے۔ جب یہ غشا کسی شدید ارتجاج کے ہو ایسا منتقل ہونے سے بچت جاتی ہے تو دریدگی اس کٹاؤ کے بالمقابل واقع ہوتی ہے۔ کیونکہ یہاں پر اسکی چسپیدگیاں دوسرے مقامات کی نسبت کم مضبوط ہوتی ہیں۔ اس غشا میں بہت کم لمبک موجود ہوتی ہے جیسا کہ اس حصہ کے زخمی ہونے کے بعد لب ہائے زخم کی ذراسی کشادگی سے ظاہر ہوتا ہے۔

دوسرے وجود کے علاوہ ایک یہ بھی وجہ ہے کہ سر جن اس غشائیں جو انتھاب بناتا ہے وہ بہت جلد مندمل ہو جاتا ہے۔ یہ غشا پھینکنے، کھانسی اور قے وغیرہ کے دوروں میں شق ہو چکی ہے۔ یہی ضرر کان پر گھونٹ لگنے اور سادہ ارتحاجات (مثلاً وہ جو کسی بلند آواز سے پیدا ہوتے ہیں) سے بھی پیدا ہو چکا ہے۔

موتی کی طرح کی رمادی غشائے لمبلی کو منطاریں سے معکوس روشنی سے دیکھنے پر ایک مثلث نما معکوسہ نور (light reflex) نظر آتا ہے۔ اسکا قاعدہ نیچے کی طرف کو اور کسی قدر آگے کی طرف کو ہوتا ہے اور اسکا راس لمبل کے مرکز کے قریب حیدہ (umbo) پر ہوتا ہے۔ اس زاویہ کی چوڑائی مختلف اشخاص میں مختلف ہوتی ہے لیکن جب لمبل اندر کی طرف کو کھپا ہوتا ہے تو یہ زاویہ تنگ ہو جاتا ہے اور جب لمبل باہر کی طرف کو ابھرا ہوتا ہے تو یہ چوڑا ہو جاتا ہے۔ جب التهاب کی وجہ سے لمبل کی چمک غائب ہو جاتی ہے تو یہ مثلث نما معکوسہ نور ماند پڑ جاتا ہے اور اسکا خاکہ دھندلا ہو جاتا ہے۔

حیدہ (umbo) یا نشیب کا عمیق ترین حصہ تمام غشا کے مرکز کے عین نیچے واقع ہوتا ہے اور یہ مطرقہ (malleus) کے دستہ کے سرے کی چسپیدگی کا متناظر ہوتا ہے۔ دستہ کا بقیہ حصہ دوران حیات میں غشائیں سے دیکھا جاسکتا ہے۔ مطرقہ (malleus) کا سر غشائے کوئی تعلق نہیں کرتا کیونکہ یہ غشا کے لیول سے اوپر لمبل کے علیتہ (attic) میں واقع ہوتا ہے (شکل ۲۳)۔ غشا کا جو قطعہ حیدہ (umbo) سے اوپر ہوتا ہے اسکی عرقی اور عصبی رسد بہت کثیر ہوتی ہے۔ یہ مطرقہ (malleus) کے دستہ اور استخوانچوں کی زنجیر کا متناظر ہوتا ہے اور دونوں نڈوں (fenestra) اور طنف (promontory) کے بالمقابل ہوتا ہے۔ جمل لمبل (chorda tympani) عصب مجا اس فوق نیدہی حصہ کو عبور کرتا ہوا گذرتا ہے۔ بخلاف اسکے جو قطعہ حیدہ (umbo) سے نیچے ہوتا ہے وہ کسی اہم حصہ کا متناظر نہیں ہوتا اور کم عروقدار اور کم حساس ہوتا ہے۔ لہذا لمبل فشاٹی میں سے لمبل کا بئرل (paracentesis of the tympanum) ہمیشہ فوق حیدہی قطعہ میں سے کرنا چاہئے۔ اگر یہ عمل حیدہ سے اوپر کیا جائے تو ممکن ہے کہ چاقو نندان (incus) کو جا بھگے اور اس ہڈی کو اسکی چسپیدگیوں سے علیحدہ کر دے یا جمل لمبل (chorda tympani) کاٹ لے جس سے ریت کا شملی افزا شروع ہو جاتا ہے۔ مطرقہ (malleus) اور رکیب (stapes) اتنی مطبوطی سے چسپیدہ ہوتی ہیں کہ باسانی ملحدہ نہیں کیجا سکتیں۔

اس غشا کو خون کی رسد ابری ملی (stylo-mastoid) شریان اور اندرونی فکی (internal maxillary) کی لمبل (tympanic) شاخ سے آتی ہے اور اسکی عصبی رسد

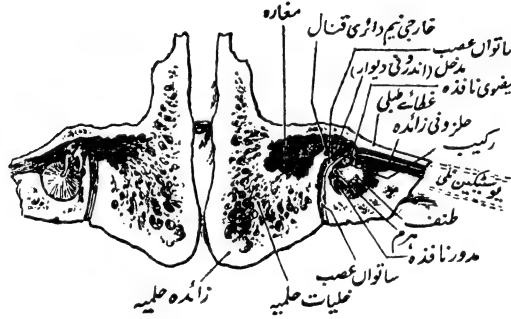
ازین صدغی (auriculo-temporal) و جہی (facial) اور تائبہ (vagus) سے حاصل ہوتی ہے۔

طبل کھفہ (tympanic cavity) کی شکل انسان کی ہتھیلی کے گڑھے کی سی ہوتی ہے۔ اسکی بیرونی حد زیادہ تر غشاء طبل سے بنتی ہے۔ مقدم جانب پر یہ یوستیکین (Eustachian) نلی کے ذریعہ سے انفی بلووم (nasopharynx) سے ربط و راہ رکھتی ہے اور موخر جانب پر مدخل (aditus) اسکے علیہ (attic) سے یعنی اس حصہ سے لیکر جو غشاء طبل کے لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے پیچھے کی اور ذرا اوپر کی طرف کو عملی مغارہ میں چلا جاتا ہے۔ اس کھفہ کا عرض اندرونی دیوار سے لیکر بیرونی دیوار تک ۲ تا ۳ ملی میٹر (۱/۴ تا ۱/۲ انچ) ہوتا ہے۔ اسکا تنگ ترین حصہ وہ ہے جو طبل کے حیدہ (umbo) اور طنف (promontory) کے درمیان ہوتا ہے۔ اگر غشاء طبل کے مرکز میں سے ایک باریک ڈنڈا اندر داخل کر دیا جائے تو وہ اس کھفہ کی اندرونی دیوار کے طنف (promontory) سے ٹکرائے گا۔ انتصابی اور مقدم موخر قطر فرداً تقریباً ۱۲ - ۱۴ ملی میٹر (۱/۴ انچ) ہوتے ہیں۔

اندرونی دیوار پر طنف (promontory) سے اوپر بیضوی نافذہ (fenestra ovalis) (دہلیزی نافذہ: fenestra vestibuli) ہوتا ہے جو ایک غشاء سے بند ہوتا ہے جسکی وسطانی جانب پر اذن اندرونی کی دہلیزی نردبان (scala vestibuli) ہوتی ہے اور اسکے نیچے اور پیچھے کی طرف مدور نافذہ (fenestra rotunda) (حلزونی نافذہ: fenestra cochleæ) (شکل ۲۲) ہوتا ہے جو اس غشاء سے بند ہوتا ہے جو نردبان طبل (scala tympani) کو بند کرتی ہے۔ رکیب (stapes) کا پائمان بیضوی نافذہ (fenestra ovalis) کے غشاء سے اس مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے کہ اصولی عملیہ (radical mastoid operation) کرتے وقت جب استخوانچے دور کئے جاتے ہیں تو یہ علیحدہ نہیں ہوتا۔ طبل (tympanum) کی اندرونی دیوار کے بالائی اور موخر حاشیہ پر جو فی نالی (facial canal) یا فلونی صیف (aqueduct of Fallopius) گذرتا ہے مصیف کی دیوار اتنی پتلی ہوتی ہے کہ البتہ نالی ضرر اذن وسطی سے و جہی عصب تک باسانی پہنچ سکتا ہے۔ بہت پتلی بالائی دیوار یا حیت (غشاء طبل: tegmen tympani) پر صدغی تندی (temporo-sphenoidal) لختہ متکمن ہوتا ہے۔ اسی دیوار میں ججری فلسمانی درز (petro-squamous suture) واقع ہوتی ہے جو

پہلے سال کے اختتام پر مل جاتی ہے۔ اور اس میں عام طور پر جرجی فلسفانی ورید ہوتی ہے جو ابستہانی و داجی (primitive jugular) کے آثار میں سے ہوتی ہے بشیر خواہ بچہ میں ایک درزی غشا ہڈیوں میں سے گزرتی ہے اور یہ بعض اوقات سرایت کے اذن وسطی سے اسمیہ تک پھیلنے کے لئے سیدھے راستہ کا کام دیتی ہے۔

اس کا فرش بہت تنگ ہوتا ہے۔ اسکا زیر ترین حصہ غشائے طبلی (membrana tympani) اور کیوٹیکین (Eustachian) نلی کے سوراخ ہر دو کے لیول سے نیچے ہوتا ہے



شکل ۲۲۔ طبلی اور مغارہ کی اندرونی دیوار۔

خارجی نیم دائری قنال کا محل اور وجہی عصب (ہفتم) کا محرو دکھایا گیا ہے۔

اور اسلئے اس مقام پر پیپ باسانی جمع ہو سکتی ہے (شکل ۲۲)۔ یہ فرش ہڈی کا ایک باریک صفحہ ہوتا ہے جسکے نیچے و داجی (jugular) ورید کا بصلہ واقع ہوتا ہے جسکے سامنے داخلی سباتی (internal carotid) شریان پائی جاتی ہے۔ گاہے گاہے مرض یا کسی خلقی نقص کی وجہ سے اسکا کچھ حصہ غائب بھی ہوتا ہے ایسی حالتوں میں اذن وسطی کے مرض میں کان میں خطرناک نرف واقع ہو چکا ہے۔ چنانچہ ایک واقعہ میں جسکا علم سی سی چوائس کو ہے طبلی تنگی (myringotomy) کے بعد شدید وریدی نرف واقع ہوا تھا۔

موضر دیوار کے بالائی حصہ میں طبلی جوف کا فتح یا مدخل (aditus) ہوتا ہے (طبلیہ مغارہ)۔ ہوائی جوف علیہ (attic) میں کھلتا ہے۔ یہ طبلی کہف کا وہ حصہ ہے جو غشائے طبلی کے

لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے (شکل ۲۵)۔

طبلی جوف (tympanic sinus) (حلیہ کا مغارہ: antrum of the

108

mastoid) (شکل ۲۳ و ۲۴)۔ خارجی سمعی منفذ کے اوپر اور پیچھے حلی زائندہ کے قاعدہ میں واقع ہوتا ہے جو مدخل کے انکی شکل قرینق کی سی ہوتی ہے اس فضا اور ان حلی نلیات کا جو اس میں کھلتے ہیں اور اسکے ارد گرد واقع ہوتے ہیں ماؤف ہو جانا اذن وسطی کے مرض کی ایک نہایت خطرناک پیچیدگی ہے یہ جوف اتنا بڑا ہوتا ہے کہ اس میں سیم کا ایک چھوٹا سا بیج آسکتا ہے۔ یہ پیدائش کے وقت پر موجود ہوتا ہے اور طبلی کہنہ کے ساتھ نمو پاتا ہے۔

اوپر کی طرف اسکی چھت جو غطاء طبلی (tegmen tympani) سے جوڑی کا ایک ۲ ملی میٹر موٹا صحفہ ہوتا ہے بنتی ہے اسکو تیسری صدی غلیف سے علحدہ کرتی ہے۔ چھوٹی چھوٹی وریدی چھت کو منقشب کہہ جی فلسفانی ورید میں جا ملتی ہے! ورید یہی نام کی درز کے بقیہ میں واقع ہوتی ہے شیرخوار بچہ میں یہ ربط اور بھی آزادانہ ہوتا ہے، کیونکہ یہ درز پہلے سال کے اعتقام تک بند نہیں ہوتی۔ چھت کا لیول فوق منفذی عرف (suprameatal crest)۔ یعنی وجہ (zygoma) کی جڑ کی موخر اطالت سے عین اوپر ہوتا ہے، لہذا اگر سرجن اس عرف سے نیچے رہے تو کھوپڑی کے اتقاقیہ کھلنے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔

مغارہ (antrum) کے نیچے حلی زائندہ ہوتا ہے جو اکثر خلیہ دار اور بعض اوقات ٹھوس ہوتا ہے۔ مغاری فرش کا لیول غلی خارجی منفذ کی موخر دیوار کے نقطہ وسطی کے پیچھے ہوتا ہے۔

سامنے کی طرف ہڈی کی ایک دیوار ہوتی ہے جو مغارہ (antrum) کو خارجی سمعی منفذ کے اندرونی حصہ سے علحدہ کرتی ہے اس دیوار کے سب سے اونچے حصہ میں مدخل (aditus) ہوتا ہے جو ایک بیضوی فتح ہے اور یہ اتنا بڑا ہوتا ہے کہ اس میں معمولی تکیستی سلائی داخل ہو سکتی ہے اور یہ مغارہ (antrum) سے آگے کی اور کیتھری پیچھے کی اور ذرا اوپر کی طرف کو ہو کر غلیہ (attic) میں پہنچ جاتی ہے۔

اندرونی دیوار پر ایک قنال ہوتی ہے جو چھٹی عصب (facial nerve) کے لئے ہوتی ہے۔ یہ قنال اپنے رقبہ (genu) سے جو مدخل (aditus) کی اندرونی دیوار میں ہوتا ہے

نیچے کی طرف کو آتی ہے۔ علاوہ ازیں اس جگہ پر وجہی قنال کے عین پیچھے اور اس سے ذرا اوپر خارجی نیم دائری قنال (external semicircular canal) ہڈی میں مدفون ہوتی ہے (شکل ۲۴)۔ اٹلی جوف (tympanic sinus) کے منہ پر اور بل (tympanum) کے علیہ (attic) میں سندان (incus) اور مطرقہ (malleus) کا سرا اور ان کے ربا لمحات واقع ہوتے ہیں اور یہ وہ ساختیں ہیں جو بعض اوقات مرض زدہ ہوتی ہیں اور انکو دور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جس حالت مرض میں اصولی عملیہ کی ضرورت ہوتی ہے اس میں اس اندرونی دیوار کی ہڈی بعض اوقات



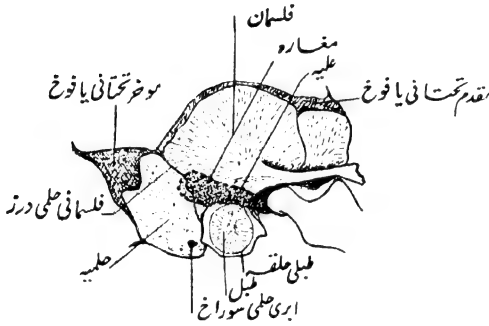
شکل ۲۵ اذن وسطی کے محل اور تعلقات اور مختلف حصوں کو ظاہر کرتی ہے۔
(نیز دیکھو شکل ۲۵ صفحہ ۲۵)

بوسیدہ ہوتی ہے اور وجہی عصب (facial nerve) یا نیم دائری قنال (semicircular canal) کو بے احتیاطی سے باسانی نقصان پہنچ سکتا ہے اور وجہی ثلث اور دوران سر کے پیدا ہونیکا اندیشہ ہوتا ہے۔ منفذ کے فوقانی اور موخر کنارے عصب وجہی (facial nerve) کے محل کو ظاہر کرتے ہیں۔ یہ عصب (شکل ۲۵) جوف یا منارہ (antrum) کی اندرونی دیوار پر فوق منفذی مثلث (suprameatal triangle) سے ۴ تا ۲۲ ملی میٹر گہرا واقع ہوتا ہے (جوائس)۔ عصب اپنے رکبہ (genu) سے اپنی قنال میں چلا جاتا ہے اور پھر مدخل (aditus) کی اندرونی دیوار میں سے نیچے کی طرف کو جا کر اور ہڈی کے اس پل میں سے جو مغارہ (antrum) کو اذن وسطی سے علیحدہ کرتا ہے گزر کر انجام کار ابری حلی (stylo-mastoid) سوراخ میں سے باہر آتا ہے

اسکا نزول بالکل اعتصابی نہیں ہوتا بلکہ یہ ذرا باہر کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ لہذا عملیہ میں اس پل کو چھیننے سے کاٹتے وقت نیچے کی طرف کو ڈھلوان رکھنا چاہئے۔

چھیننے کی طرف یہ جوف (sinus) جانبی جوف اور دماغ (cerebellum) سے ہڈی کے ایک صفحہ کے ذریعہ سے علاحدہ ہوتا ہے جسکی دباؤ ۳ ملی میٹر سے ۶ ملی میٹر تک ہوتی ہے اس سے یہ باسانی سمجھ میں آسکتا ہے کہ اذن وسطیٰ کے مرض میں صدغی وندی تختہ (temporosphenoïdal lobe) جانبی جوف (lateral sinus) اور دماغ میں ثانوی سرایت عام طور پر کیوں واقع ہوتی ہے

105



شکل ۲۶۔ صدغی ہڈی بوقت پیدائش۔

طبلي جوف یا مغارہ اور علیہ کا محل ظاہر کیا گیا ہے۔ فلسمانی حلی درز حلی ہے اور حلی زائدہ کا نمونہ ہوا۔

جوف کی بیرونی دیوار بوقت پیدائش فلسمان کے پس منغذی زائدہ سے جو ہڈی کا ۲ ملی میٹر موٹا صفحہ ہوتا ہے بنی ہوتی ہے (شکل ۲۶)۔ بچہ میں مغارہ (antrum) مقابلۂ سطحی ہوتا ہے۔ اور پیپ باسانی محل کہلاتی ہے اور باسانی نکالی بھی جاسکتی ہے۔ فلسمانی (squamosal) کے پس منغذی حصہ اور جھری حلی (petro-mastoid) کے درمیان کی درز زندگی کے دوسرے سال میں غائب ہو جاتی ہے۔ اور اس طرح یہ امکانی راستہ جس سے پیپ سطح تک پہنچ سکتی ہے بند ہو جاتا ہے (شکل ۲۶)۔ جوف کی بیرونی دیوار کی دباؤ سن بلوغ تک بتدریج بڑھتی جاتی ہے۔

مغارہ (antrum) کی گہرائی بالغ کھوپری میں تقریباً ۱۶ ملی میٹر ہوتی ہے (۱۶ پانچ)۔ مگر

مختلف افراد میں یہ ۱۲ تا ۲۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔ جب ہڈی کو لٹیا ٹوٹائی بالیدہ (cholestea) (tomatous growth) سے متاثر ہو جاتی ہے تو یہ کہنف بعض اوقات گوج (gouge) کی پہلی ہی کاٹ سے معرا ہو جاتا ہے۔ اندرونی کان (اندرونی دیوار) کو پرپی کی جانب سے صلی مغارہ (mastoid antrum) کی نسبت ذرا گہرا واقع ہوتا ہے اور مغارہ (antrum) جانبی جوف کی نسبت ذرا گہرا ہوتا ہے۔ طبعی طور پر بالغ میں خون کا جوف خارجی بھی منفذ کے نقطہ وسطی سے ۳ انچ نیچے ہوتا ہے (موضر حاشیہ سے ۱۱ انچ) مگر بعض اوقات یہ اور آگے نکل جاتا ہے اور مغارہ (antrum) کے موخر حصہ پر متراکب ہو جاتا ہے۔ نا تجربہ کار سرجن خارجی اذن میں کبھی کبھی آہستہ سے سلائی داخل کرنے سے اس امر کا یقین کر سکتا ہے کہ مغارہ (antrum) اسے کس گہرائی پر ملے گا۔ مزید برآں تا وقتیکہ اسے یہ کہنف نہ مل جائے اسے سلائی کے متوازی رخ میں کام کرنا چاہئے۔

مغارہ کی (antrum) کی متناظر مسمیہ کیون (Macewen) کی فوق منفذی مثلث ہے (شکل ۲۵)۔ یہ اوپر کی طرف فوق منفذی عرف یا (موخر و جنبی چیمت: posterior) zygomatic roof سے اوپر نیچے کی طرف اس عمود سے جو عرف سے عظمیٰ منفذ کے موخر حاشیہ کے وسطی نقطہ تک کھینچا جائے اور مقدم جانب پر اس خط سے جو عظمیٰ منفذ کا ماس ہوا اور دونوں خطوں سے ملتا ہو محدود ہوتی ہے۔ موضع منفذی دیوار کے صحیح محل کی ترسیم اکثر ہینلے (Henle) کے شکوکہ یا حید کی موجودگی سے ہوتی ہے اور مثلث بذات خود ایک اچھے انشیب کی شکل کی ہوتی ہے جو انگلی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

رسائی۔ اس رقبہ میں سرجن گوج (gouge) کا استعمال بلا خطر کر سکتا ہے تا وقتیکہ

وہ سطحی علمی خلیات کو توڑ کر مغارہ (antrum) کو نہیں کھول لیتا۔ اسکے بعد وہ اس امر کا یقین کر وہ اسی کہنف ہی میں ہے اور وہ کسی بڑے سے خلیہ میں نہیں اسکے مقدم فوقانی زاویہ میں سے مدخل (aditus) میں سلائی داخل کرنے سے کر سکتا ہے۔ مزید برآں مغارہ (antrum) کھلنا بھی سمعی منفذ کی موضع دیوار اور اسکی چیمت کے مقام اتصال کی متابعت کرنے سے بھی رسائی کی جاسکتی ہے۔ بر ما منفذ سے ۵ ملی میٹر نیچے اور اسکے بالائی حاشیہ کے لیول پر داخل کیا جاتا ہے اسکی چیمت منفذ کے لیول سے ۵ ملی میٹر اوپر ہوتی ہے۔

علمی خلیات (mastoid cells) علمی زائده کی بالیدگی کے ساتھ ساتھ

نمو پاتے ہیں جو دوسرے سال ہی ایک واضح طور پر نمایاں ساخت کی شکل میں ظاہر ہو جاتا ہے۔ بوقت پیدائش جوف کے علاوہ بعض دوسرے خلیات بھی بیرونی دیوار میں موجود ہوتے ہیں۔ (ینگ: Young) زمانہ نشہ خوارگی میں علمی زائده کی دو قسمیں پائی جاتی ہیں۔ ایک وہ جس میں ہڈی کثیف ہوتی ہے یہ وہ قسم ہے جو ایک فیصدی بالغوں میں برقرار رہتی ہے۔ دوسری وہ جس میں علمی زائده ڈپوئی دار ہوتا ہے۔ یہ قسم ۲۰ فیصدی بالغوں میں موجود رہتی ہے (آچیل: A. Cheatele)۔ بالغوں میں تین قسمیں سلیم کی گئی ہیں اور یہ سب تقریباً یکساں کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ (۱) وہ جن خلیات بڑے ہوتے ہیں اور ایک دوسرے سے اور جوف طبل (tympanic sinus) سے ربط رکھتے ہیں۔ (۲) وہ جن میں مرکزی خلیات بڑے ہوتے ہیں اور جوف سے ربط رکھتے ہیں اور محیطی خلیات چھوٹے اور بند ہوتے ہیں۔ (۳) وہ جن میں تمام فضائیں چھوٹی اور بند ہوتی ہیں۔ یہ خلیات جوف کو گھیرے ہوتے ہیں اور بعض اوقات پیچھے کی طرف کو علمی قذالی درز (masto-occipital suture) تک آگے کی طرف کو فوق منغذی خط تک اور پر کی طرف کو علمی جداری درز (masto-parietal suture) تک اور نیچے کی طرف کو علمی زائده کے راس تک چلے جاتے ہیں۔ التهابی حالتوں سے بعض اوقات علمی خلیات کی دیواریں موٹی ہو جاتی ہیں۔ اور ہڈی اتنی کثیف ہو جاتی ہے کہ چھینے کی مزاحمت کرتی ہے۔ زیادہ اوپری خلیات کی وریدیں علمی زائده کی گرد علمی وریدوں میں جاتی ہیں اور ان کے ذریعہ سے التهاب سطح تک پہنچ جاتا ہے جس سے کان کے پیچھے تہج اور ورم پیدا ہو جاتا ہے۔

یوسٹیکین ٹی (Eustachian tube) لبل (tympanum) کی مقدم دیوار

پرکھلتی ہے (شکل ۲۳ و ۲۴)۔ یہ ٹی جو ۱۳ انچ لمبی ہوتی ہے بلعوم میں کھلنے سے لبل میں ہوا کی سبب رسد پہنچاتی ہے، اور غشا کی دونوں طرفوں کے دباؤ کو مساوی کرتی ہے۔ لبل (tympanum) کا فرش یوسٹیکین ٹی (Eustachian tube) کے بیرونی فتحہ کے لیول سے نیچے ہوتا ہے۔ اس ٹی کا خط سمت کھوپڑی کے قاعدہ کے سمت عرض اور مقدم موخر محوروں کے درمیان تقریباً عین وسط پر واقع ہوتا ہے۔ بالغ میں اسکا میلان نیچے کی طرف کو ہوتا ہے جس سے افقی مستوی کے ساتھ ۴۰ درجہ کا

زاویہ بنتا ہے۔ یکم میں یہ زاویہ صرف ۱۰ درجہ کا ہوتا ہے (سنگٹن: Symington)۔ بالوں میں نلی کا تین چوتھائی حصہ غضروبی اور ایک چوتھائی عظمیٰ ہوتا ہے (سنگٹن: Symington)۔ اسکی باہر کی جانب پر عضلہ نائشرہ حنکیہ (tensor palati) اور پانچویں عصب کی تیسری قسمت اور وسطی سحائی (middle meningeal) شریان واقع ہوتی ہے۔ اندرونی جانب پر پس بلعومی بافت (retropharyngeal tissue) اور (کانی پیچھے) داخلی سباتی (internal carotid) شریان واقع ہوتی ہے۔ نلی کا بلعومی دہن عام طور پر بند رہتا ہے۔ مگر کچھ وقت یہ زیادہ تر نائشرہ حنکیہ (tensor palati) کے فعل سے کھل جاتا ہے۔ اور اگر ناک اور منہ بند کر کے رخسار جھلائیے جائیں تو دونوں کانوں میں دباؤ کا ایک احساس پیدا ہو جاتا ہے۔ ساتھ ہی قوت سماعت بھی کم ہو جاتا ہے اور یہ تغیر غشاء طبعی کے اس ہوا سے جو طبل (tympanum) میں بھر جاتی ہے، باہر کی طرف ابھر جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ اذن وسطی کے متغیر کرنے کا یہ طریقہ **ولتسوا کے طریقہ** (Valsalva's method) کے نام سے موسوم ہے۔

یوشیکین نلی (Eustachian tube) میں ہوا گزرنے کے پولیٹزر کے طریقہ (Politzer's method) میں مریض کا منہ بند کر دیا جاتا ہے۔ اور ایک تنٹھے میں ہوا سے بھری ہوئی ربڑ کی تھیلی کی ٹونٹی داخل کر دی جاتی ہے۔ اور تنٹھے بند کر کے مضبوطی سے پکڑ لئے جاتے ہیں۔ مریض کو پانی کا ایک گھونٹ پینے کے لئے کہا جاتا ہے اور ساتھ ہی تھیلی نو زور سے خالی کر دیا جاتا ہے۔ ہوا جھکے لئے نکلنے کا اور کوئی راستہ نہیں ہوتا اس طرح کھلی یوشیکین نلی (Eustachian tube) میں گھس جاتی ہے۔ سر جن ایک نلی کے ذریعہ سے جو مریض کے اور اسکے اپنے منفذ کے درمیان لگی ہوتی ہے اس ذرا سے شور کے سنائی دینے کی طرف خیال رکھتا ہے جو ہوا کے داخل ہونے سے ہوتا ہے۔

یوشیکین نلی (Eustachian tube) کے مدت تک بند رہنے سے خواہ وہ التهابی ورم کے پھیلنے سے یا بلعوم میں سے غدودہ کی بیش پرورش سے بند ہوئی ہو یا بلعومی سلعات یا سعدا (polypus) سے میکانی انسداد واقع ہوا ہو کان کے اندر کی کچھ ہوا جذب ہو جاتی ہے اور اس کے بہاؤ میں پیدا ہو جاتا ہے۔ یوشیکین نلی (Eustachian tube) کے ہد بہہ دار راستہ کے ذریعہ سے سر اُمت اذن وسطی تک پھیل سکتی ہے۔ سی جے۔ بونڈ (C. J. Bond) کو یہ معلوم ہوا ہے کہ بلبل کے تشعب کے ایک واقعہ میں نیل کے ذرات جبکا امتخاخ انفی بلعوم میں کیا گیا تھا بعد میں

اس مواد میں سے نکلے جو خارجی منفذ میں سے بہا تھا۔

نبی کے بلعومی سورخ کی اوپر کی کور قاعدی زائده سے تقریباً $\frac{1}{2}$ انچ نیچے بلعوم کی موخر دیوار سے $\frac{1}{2}$ انچ آگے تھمائی مغتول ہڈی (inferior turbinate bone) کے موخر سرے سے $\frac{1}{2}$ انچ پیچھے اور حنک الرخو (soft palate) سے $\frac{1}{2}$ انچ اوپر واقع ہوتی ہے (ٹلو: Tillaux)۔ جنین میں یہ سورخ حنک الصلب (hard palate) سے نیچے واقع ہوتا ہے اور بوقت پیدائش اسی کے لیول پر ہوتا ہے۔ اس سورخ کی شکل مثلی ہوتی ہے۔

109

یونیکین نبی (Eustachian tube) کے سورخ پر جو ارتفاع ہوتا ہے اسکے عین پیچھے بلعوم کی دیوار میں ایک نشیب ہوتا ہے۔ یہ بلعومی گوشہ (pharyngeal recess) یا حفسہ روزنمر (fossa of Rosenmüller) کہلاتا ہے (شکل ۲۸ صفحہ ۱۲۱)۔ اسے بعض اوقات غلطی سے نبی کا سورخ تصور کر لیا جاتا ہے۔ درہیں یونیکین قاسطیر (Eustachian catheter) کا سرا آسانی اٹک جاتا ہے۔ جن واقعات میں بلعومی لوزہ (لوزہ ٹنسیلا: Luschka's tonsil) کلانی یافتہ ہوتا ہے، انہیں یہ حفرہ طرفین پر بعض اوقات بہت گہرا ہو جاتا ہے اور اس سے ایک تنگ عطفہ بنتا ہے (دیکھو صفحہ ۱۸۴)۔ یونیکین قاسطیر (Eustachian catheter)

گروہوں کے لئے اس آلہ کو اسکا انقاع نیچے کی طرف رکھ کر اسے نھنوں کے فرش کے ساتھ ساتھ داخل کیا جاتا ہے۔ حتیٰ کہ اسکا سر حنک الصلب (hard palate) کی موخر کور کے اوپر سے بلعوم میں گرتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اب اس آلہ کو باہر کی طرف کھینچنا چاہئے حتیٰ کہ اسکا سر حنک الصلب کی موخر کور کے اوپر سے پھراٹھتا ہوا محسوس ہو۔ اس مقام پر پہنچ کر قاسطیر کو آہستہ آہستہ اس کے کی طرف کودھکیں دینا چاہئے اور دھکیلتے وقت اسکی نوک کو رجب دائرہ پر سے باہر کی طرف کو گھما دینا چاہئے۔ اس تدبیر سے اسکو نبی کے سورخ میں آجانا چاہئے۔

طب کی رسد خون۔ جو شریانیں طب کو رسد پہنچاتی ہیں وہ داخلی فکی

(internal maxillary) اور داخلی سباتی (internal carotid) کی طبلی (tympanic) شاخیں اور وسطی سباتی (middle meningeal) کی حجری (petrosal) شاخ اور موخر ازینی (posterior auricular) کی ابری طلی (stylo-mastoid) شاخیں

یہ امر کہ بعض لمبلی وریڈیں فوقانی حجری جوف (superior petrosal sinus) اور جانبی جوفوں میں ختم ہوتی ہیں، اذن وسطی کے التہابی عوارض میں ان گذرگاہوں میں علیقت کے اکثر واقع ہونے کی ایک دوسری توجیہ پیش کرتا ہے۔ حجری فلسمانی (petro-squamous) وریڈ جو اذن وسطی کی چھت کو عبور کرتی ہے اور جس میں وہ شاخیں بھی شامل ہوتی ہیں جو لمبلی جوف اور علیتہ (attic) سے آتی ہیں، پیچھے کی طرف جانبی جوف سے ملتی ہیں اور آگے کی طرف سمائی وریڈوں (meningeal veins) سے (چیل: Cheatle)۔

110

اذن وسطی کے عروق لمف دو راستے اختیار کرتے ہیں۔ انیس سے اکثر یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کی دیوار کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور پس بلعوی لمفی غدہ میں ختم ہو جاتا ہے۔ بعض عروق منفذ کی استری غشا کے نیچے سے نکل کر غدہ کے پس اذنی کردہ میں جو صلیب زائندہ پر واقع ہوتا ہے چلے جاتے ہیں۔ وریڈ دوسری گذرگاہیں بھی اختیار کرتے ہیں جو ان وریڈوں کی رفیق ہوتی ہیں جو عظم صدغی کے علی حصہ پر کے سطحی فعات سے نکلتی ہیں۔

چونکہ جبل لمبلی (chorda tympani) عصب کا محل لمبل میں معرا ہوتا ہے

اسلئے اذن وسطی کے تعیمی مرض میں اسکو نقصان پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ اور یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جب یہ عصب مائوف ہوتا ہے تو حس ذائقہ میں احتمال پایا جاسکتا ہے اور اگر یہ یاد ہو کہ ذائقہ کے بعض اعصاب زبان تک اس راستہ سے پہنچتے ہیں تو یہ امر آسانی سمجھ میں آسکتا ہے۔

عظمی تہ (osseous labrynth) کان کے دوسرے حصوں سے الگ بنتا ہے۔

اس تہ (labrynth) کے حصوں میں تنخر واقع ہو چکا ہے جو شناخت پذیر لمکڑوں کی شکل میں نکالے جا چکے ہیں۔ ڈاکٹر بار (Dr. Barr) نے ایک واقعہ کا اندراج کیا ہے جس میں تمام عظمی تہ (حلزونہ) دبیز، نیم دائری قنایں) متخر قطعہ کی شکل میں سمعی منفذ میں سے سالم نکال لیا گیا تھا۔ اذن وسطی کا تھقب اذن اندرونی تک خارجی نیم دائری قنال پر چڑھ کر کرنے جو عام ترین راستہ ہے (سکاٹ: Scott اور ویسٹ: West)۔ اور پرف (promontory) کو متاثر کرنے سے، اور

بیضوی نافذہ (fenestra ovalis) کے راستہ سے جس میں رکیب (stapes) کا پاندان مضبوط حلقی غشا سے مثبت ہوتا ہے یا مستدیر نافذہ (fenestra rotunda) کے راستہ سے جو

غشاء ثانی (membrana secundaria) سے بند ہوتی ہے پھیل سکتا ہے۔ جب التهابی سرایتیں اذن اندرونی تک پھیل جاتی ہیں تو علامات کے دو سلسلے نمودار ہوتے ہیں۔ (۱) التهاب اور تکیج کے گرد لمفی نظام (دہلیزی نردبان: scala vestibuli) اور طبلی نردبان: (scala tympani) کے راستے سے ملزوت (cochlea) تک پھیل جانے سے اختلال سماعت اور بہرا پن پیدا ہو جاتا ہے۔ (۲) تاجک (saccul) رُحک (utricle) اور نیم دائری قنالوں کے اختلافات کو مضر پہنچے اور انکے تباہ ہونے سے توازن اور ہم آہنگی میں اختلالات پیدا ہو جاتے ہیں۔ دوران سر اور قے اذن اندرونی کا گرد لمفی نظام انتشار التهاب کے لئے ایک نہایت ہی سہل المعمول ذریعہ ہے۔ تقیمی عمل اذن اندرونی سے بعض اوقات محب (auditory nerve) اور منفذ کے ساتھ ساتھ اندر کی طرف کو پھیل جاتا ہے اور اس طرح دماغ کے قاعدہ پر کی بڑی بڑی زیر معکبوتی فضاؤں میں پہنچ جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ مصیف دہلیزی (aqueductus vestibuli) یا مصیف ملزونی (aqueductus cochleæ) کے راستے سے یا فوقانی نیم دائری قنال (superior semicircular canal) کے اشتقاق میں سے صحیحی مشمولات میں چلا جاتا ہے۔ اذن دہلی کا مرض خارجی نیم دائری قنال میں ناسوری فتحہ بننے کا باعث بھی ہو سکتا ہے۔ ایسے واقعات میں سر کے حرکات سے اہتر از مقلد (nystagmus) پیدا ہو سکتا ہے کیونکہ آنکھ کے معکوس حرکات ان تہیجات سے متاثر ہوتے ہیں جو نیم دائری قنالوں کے لمخوں (maculae) میں پیدا ہونے ہیں (سڈنی سکاٹ: Sydney Scott)۔

بائشتم

ناک اور انفی کہنے

(NOSE AND NASAL CAVITIES)

ناک

ناک کی جڑ اور اسکی پشت کے زیادہ تر حصہ کی جلد پتلی اور ڈھیلی ہوتی ہے۔ مگر جناحین (alæ) پر یہ موٹی اور عسقی حصوں سے مضمبلی سے منضم ہوتی ہے، اور اسیں دہنی اور عرقی غد کی رسد بکثرت موجود ہوتی ہے۔ ناک کے غضروفی حصہ کے اوپر کی پوشش کے التهاب کے بہت درد خیز ہونے اور اسیں بہت ساعرقی احتقان پائے جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ درد کا انحصار اس حصہ کی قیدگی پر ہوتا ہے جو اسے اعصاب پر زیادہ دباؤ پڑنے کے بغیر متورم ہونے سے باز رکھتی ہے اور احتقان کا انحصار اس خطہ کی منفرط عرقی رسد اور اس امر پر ہوتا ہے کہ چونکہ نچھنے کی کور ایک آزاد کنارہ ہے اسلئے یہاں کا دوران خون اختتامی ہے لہذا اس سے استلانی مساحت ہونیکا امکان ہوتا ہے۔ چونکہ ناک کے زیرین حصہ پر کثیر التعداد دہنی غد موجود ہوتے ہیں اس لئے کئی

(acne) کے لئے یہ ایک موافق مقام ہے۔ کئی (acne) کی وہ قسم جو پیش پرورشی کئی (acne hypertrophica) کے نام سے موسوم ہے یہیں پر پائی جاتی ہے۔ اس سے وہ منظر پیدا ہوتا ہے جو ”خور الخمر“ (grog blossoms) کہلاتا ہے۔ ناک پر ذئبہ (lupus) کا طبعی اکثر ہوتا ہے

اور ذئبہ احمری (lupus erythematosus) ناک کی پشت پر نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ قارض قرعہ (rodent ulcer) کے بھی اس خطہ پر خاص کر جناح الانف اور رخسار کے درمیانی شکن میں واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

ناک کی جلد میں خون کی رسد بکثرت موجود ہوتی ہے۔ اور اسی وجہ سے یہ حصہ بہت ترقیبی عملیہ جات کے لئے جو اسپرکٹے جاتے ہیں بہت موزوں ہے۔ اس خطہ کے زخم بغیر تکلیف دینے کے مندمل ہو جاتے ہیں۔ اور اتنے وسیع زخم کے بعد بھی جو ناک اور رخسار کے درمیانی خطہ پر اوپر کے جبڑے کو علحدہ کرنے کے لئے بنایا جاتا ہے بہت کم بدشکلی باقی رہتی ہے۔ بہت سے اطفال کو ذئبہ احمر میں ناک کے حصے بالکل کٹ گئے ہیں اور فوراً لگا دینے سے چہرہ سے متہمد ہو گئے ہیں۔

113

ناک کی جھڑکے اوپر کی جلد کو پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی انفی شاخ رسد پہنچاتی ہے۔ اور جناصین (alae) اور نسیمنوں کے خطہ کے اوپر کی جلد کی رسد بھی اسی سے آتی ہے شکل ۲ (صفحہ ۱۱)۔ ناک کی جانب کے زیادہ تر حصہ کو پانچویں حصہ کی دوسری قسمت سے رسد آتی ہے اور اس تنے کے وجع العصب میں یہ بھی درد کا ایک محل ہوتا ہے۔ اس امر سے کہ انفی عصب عینی (ophthalmic) تنے کی ایک شاخ ہے اور آنکھ سے قریبی تعلقات رکھتا ہے اس تدمع کی توجیہ ہوتی ہے جو تھنے کے درد نیز عوارض میں پیدا ہوتا ہے مثلاً جبکہ تھنے کے کور کی چٹکی بھری جاتی ہے۔

ناک کا غضروفی حصہ اکثر ذئبہ (lupus) اور آتشکی تقرح اور دوسرے متلف عوارض سے تباہ ہو جاتا ہے۔ اس طرح جو حصے ضائع ہو جاتے ہیں انکو مختلف طریقوں سے جو ترقیع الانف (rhinoplasty) کے عنوان میں شامل ہیں از سر نو قائم کیا جا چکا ہے۔ موروثی آتشک کے مریعوں میں ناک کا باف اکثر بہت منخفض پایا جاتا ہے۔ اس انخفاض کا انحصار حصوں کے حقیقی نقصان پر نہیں ہوتا بلکہ زیادہ تر مقامی سو تغذیہ سے پیدا شدہ ناقص نوپر ہوتا ہے۔ یہ سو تغذیہ وہ ہے جو غشائے مخاطی کی شدید نازلت سے پیدا ہوتا ہے۔ لہذا یہ بدشکلی صرف انہی اشخاص میں پائی جاتی ہے جنکو مشیر خوارگی کے زمانہ میں نگلٹانے کی شکایت رہی ہو۔ ناک کے غضروفی قطعہ کے حدود کو ذہن نشین رکھنا اور یہ یاد رکھنا مناسب ہے کہ موسع منظر داخل کرتے وقت اس آلہ کو ان حدود سے آگے نہ گزارنا چاہئے۔

انفی ہڈیاں (nasal bones) اکثر بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہیں۔ یہ کسر

114

ہڈیوں کے زیرین ایک تہائی حصہ میں جہاں یہ نہایت تیلی ہوتی ہیں اور ابھاسہارا کمترین ہوتا ہے نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ بالائی ثلث میں یہ نہایت ہی نادر الوقوع ہے جہاں یہ ہڈیاں مٹوئی اور مضبوطی سے قائم ہوتی ہیں اور جہاں کسر پیدا کرنے کے لئے حقیقتاً معتد بہ قوت کی ضرورت ہوتی ہے۔ چونکہ انفی ہڈیوں پر کوئی عضلات فعل نہیں کرتے اسلئے جو غیر وضعیت بھی واقع ہوتی ہے اسکا انحصار تمامہ چوٹ کی سمت پر ہوتا ہے۔ ان کسور کے بعد غلطی اتحاد جسم کی کسی دوسری ہڈی کے کسر کے اتحاد کی نسبت بہت سرعت سے واقع ہوتا ہے۔ ایک واقعہ میں جو ہیلٹن (Hamilton) کے مشاہدہ میں آیا تھا ”مکڑے ساتویں دن اچھی خاصی مضبوطی سے متحد ہو گئے تھے“ اگر ناک کی غشائے مغالطی پھٹ جائے تو ان کے کسور کے ساتھ زیر جلدی بافت کا نفاخ (emphysema) پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے، جو ناک صاف کرنے سے بہت برٹھ جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ہوا بلاشبہ انفی خفرہ جات سے آتی ہے انفی ہڈیوں (ossa nasi) کے بالائی ثلث کے کسور میں غرابلین صفحہ (cribriform plate) بعض اوقات ٹوٹ جاتا ہے۔ لیکن یہ امر مختلف فیہ ہے کہ آیا یہ پیچیدگی اس وقت بھی واقع ہو سکتی ہے جبکہ کسر ان ہڈیوں کے زیرین ایک تہائی حصہ تک ہی محدود ہو۔

ناک کی جڑ قبیلہ جات سحائیہ (meningoceles) اور قبیلہ جات غمغ (encephalocèles)

کے لئے ایک موزوں مقام ہے اور بروز انفی اوجہبی (frontal) ہڈیوں کی درمیانی درز میں سے ظاہر ہوتا ہے۔ اس قسم کے بروزات جب اس مقام پر رونما ہوتے ہیں تو یہ اکثر ایک باریک اور عرقی خلاف سے پوشیدہ ہوتے ہیں اور غلطی سے یہ انکو شمار نہا بالیدیں (naevoid growths) تصور کیا جا چکا ہے۔

انفی کہفہ جات

(NASAL CAVITIES)

انفی کوٹنگ ہر ایک طرف منقول ہڈیوں (turbinate bones) یا شنجوں (conchae) کے ذریعہ سے پچتریں منافذ میں تقسیم ہوتا ہے اور فوقانی منقولی (superior)

turbinate سے اوپر وتدی مصغاتی گوشہ (sphenothmoidal recess) ہوتا ہے
انہیں سے ہر ایک منفذ میں مندرجہ ذیل جوف اور قناتیں نکلتی ہیں :-

وتدی مصغاتی گوشہ میں - وتدی ہوائی جوف -

فوقانی منفذ میں - موخر مصغاتی خلیات ایک یا زائد فحات سے -

وسلی منفذ میں - (۱) جہی جوف اور مقدم مصغاتی خلیات براستہ قمع

(infundibulum) - (۲) ہائی مور (Highmore) کا فکی مغارہ -

(۳) وسلی مصغاتی خلیات -

تحتانی منفذ میں - انہی قنات ایک فتحہ کے ذریعہ سے مقدم منخرین سے ملانچ چھ
کی طرف -

115

مقدم منخرین (anterior nares) کی شکل کیقدر تاش کے پان سے ملتی ہے

اور انکا وزن مجموعی طور پر معمولاً ۱۱ انچ اور عرضاً سب سے چوڑے حصہ پر ۱۱ انچ سے ذرا کم
ہوتا ہے۔ منخر کا مستوی منخرین کے فرش کے مستوی سے ذرا نیچے ہوتا ہے۔ لہذا انہی کہفہ جات کا
امتحان کرتے وقت سر کو پیچھے کی طرف گرا دینا چاہئے اور ناک کو اوپر کی طرف اٹھا دینا چاہئے۔

مقدم منخرین اور انہی کہفہ جات کے سامنے کے حصوں کا اتعصا عملیہ روج (Rouge's operation)
سے بخوبی کیا جاسکتا ہے۔ اس طریقہ کار میں اوپر کے لب کو الٹا لیا جاتا ہے اور ایک شکاف غشائے
مخاطی میں سے ان نرم حصوں میں دیا جاتا ہے جو اوپر کے لب کو اوپر کے جبرے سے ملاتے ہیں۔ یہ
شکاف دونوں طرف کے دوسرے انسان شنیوہ کے درمیان رہتا ہے۔ جو نرم حصے اوپر کے لب
اور ناک کو ہڈی سے ملاتے ہیں انکو جلد کو نقصان پہنچانے کے بغیر کاٹ دیا جاتا ہے اور اس
دامن کو بند یہیہ تقطیع اوپر اٹھا لیا جاتا ہے حتیٰ کہ منخرین کا فی حد تک معر ہو جاتے ہیں۔

جب مقدم الف بینی (anterior rhinoscopy) ایسی روشنی سے کیا جائے

جو پیشانی کے آئینہ یا لیمپ سے آتی ہو اور انہی کو شک کے مقدم غضروفی حصہ میں داخل کئے جائیں
منظر میں سے مہیا کہ تھوڈیکم (Thudiehum) کا ہوتا ہے چمکتی ہو تو مندرجہ ذیل حصے دیکھے
جاسکتے ہیں اور انکا امتحان کیا جاسکتا ہے :- تحتانی منفذ، تحتانی اور وسلی مغتول ہڈیوں کا مقدم
سرا اور فاصل - فوقانی مغتول ہڈی (superior turbinate) آگے کی طرف کو اتنی بڑھی نہیں
ہوتی کہ دکھائی دے۔

موخر منخرین (posterior nares)۔ ہر ایک دہنہ کمل طور پر نمویافتہ بالغ میں مستعیناً تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ اور عموداً تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ ہوتا ہے۔ لہذا اگر رعاف (epistaxis) کو بند کرنے کے لئے کوئی ڈاٹ موخر منخرین میں سے داخل کیجائے تو اسکے ابعاد یہی ہونے چاہئیں۔ بہر کیف عملی کن اکثر اس دہنہ کو حنک کے پیچھے سے قیفہ (choana) میں انگلی ڈالنے اور پھر مقدم منخرین میں اس تک فیتہ ٹمکانا کا زحمتوں سے بند کر دیتا ہے۔

موخر الف بینی (posterior rhinoscopy) ایک چھوٹا سا آئینہ زبان پر اور حنک الرخ کے پیچھے سے آہستہ آہستہ گزار کر بلعوم میں لے جانے سے کیا جاتی ہے۔ روشنی کی شعاع سے جو پہلے پیشانی کے آئینہ سے اور پھر چھوٹی سی الف بینی سے منعکس ہوتی ہے مندرجہ ذیل ساختیں دیکھی جاسکتی ہیں۔ موخر منخرین، فاصل، وسطی مغتول ہڈی (middle turbinate bone) اور تحتانی اور فوقانی مغتول ہڈیوں کا کچھ حصہ اور تحتانی منفذ کا کچھ حصہ۔ وسطی منفذ بخوبی دکھائی دیتا ہے اور یوسٹیکین ٹی (Eustachian tube) اور چھت اور انفی بلعوم کے بالائی حصہ کی غشائے مخاطی بھی نظر آتی ہے۔ فاصل اپنے طول کے نصف پر ایک بصلہ کی شکل پر پھیل جاتا ہے، جسے نا تجربہ کار امتحان کنندہ بعض اوقات غلطی سے کوئی امراضیاتی کیفیت سمجھ لیتا ہے۔

شکل کا تعلق ہے اسکا فرش ہر ایک سرے کے فرش کی نسبت

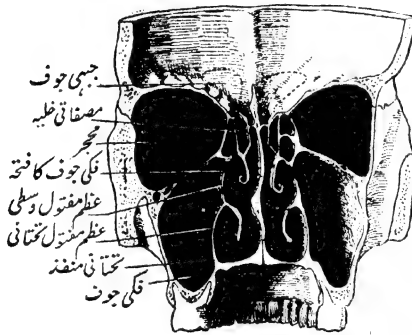
مرکز پر زیادہ عریض ہوتا ہے اور اسکا انتصابی قطر مستعرض سے زیادہ ہوتا ہے۔ نیز حفہ کے مرکز پر یہ سب سے بڑا ہوتا ہے۔ لہذا ناک میں داخل کی ہوئی چمٹیوں کو انتصابی رخ میں کھولنا نہایت موزوں ہوتا ہے۔ حفہ کا عرض اوپر سے نیچے کی طرف کو کس قدر بڑھتا جاتا ہے۔ چنانچہ فوقانی مغتول ہڈی فاصل سے صرف ۲ ملی میٹر دور ہوتی ہے۔ اور تحتانی مغتول ہڈی اور فاصل کے درمیان ۴ تا ۵ ملی میٹر کی فضا حامل ہوتی ہے۔ وسطی مغتول ہڈی سے اوپر انفی کہفہ اتنا تنگ ہوتا ہے کہ انفی حفہ کی جراحی چھت فی الحقیقت اسی ہڈی ہی سے ہوتی ہے۔

کچھ میں انفی کہفہ کی شکل اور اسکا تناسب عجیب ہوتا ہے۔ بالغ میں تحتانی منفذ

(inferior meatus) بڑا ہوتا ہے (شکل ۲۷) اور اصل تنفسی گزر گاہ یہی ہوتی ہے۔ کم عمر بچہ میں تحتانی منفذ نسبتاً بہت چھوٹا ہوتا ہے اور تنفسی موج زیادہ تر وسطی منفذ کی فضا میں سے

گزرتی ہے (لیک: Lack)۔ انفی کہنے چھٹے مہینہ سے لیکر اٹھارویں مہینہ تک تیزی سے بڑھتے ہیں۔ اس زمانہ میں مستقل تسن نمودار ہوتا ہے اور یہ تنک کی جسامت اور ناک کے فرش میں لازمی طور پر اضافہ کر دیتا ہے۔ ساتھ ہی فکی جوف کے نوے ناک کی عمودی بلندی زیادہ ہو جاتی ہے۔ اور یہ زیادتی اس کہنے کے برین فکی حصہ میں مصفاقی یا شمتی حصہ کی نسبت بہت زیادہ واقع ہوتی ہے۔ انفی کہنوں اور چہرہ کی بالیدگی ناک میں سے سانس کے آزادانہ گزرنے میں رکاوٹ پیدا ہونے سے موقوف ہو جاتی ہے یا ناقص رہ جاتی ہے۔ اس رکاوٹ کا عام ترین سبب انفی بلعوم میں

117



شکل ۲۴۔ انفی کہنوں اور معین جوفوں کی متعرض عمودی تراش۔

غدد وہ کا نکلن ہے۔

انفی کہنوں کے تعلقات کو (شکل ۲۴ و ۲۸) دیکھنے سے یہ ظاہر ہو جائیگا کہ استری غشا کا التهاب (زکام) بلعوم تک موخر منخرین کے راستہ سے پہنچ سکتا ہے۔ اور پوسٹیکلین نلی (Eustachian tube) تک پہنچ کر کیفیت رہا این پیدا کر سکتا ہے۔ اور انفی دمسی قنات (nasolacrimal duct) میں کوئی تاجہ (lacrimal sac) اور مقعرہ (conjunctiva) تک پہنچ سکتا ہے اور جیبی اور فکی جوفوں تک پھیل سکتا ہے اور جیبی درد اور رخسار کا درد پیدا کر سکتا ہے۔ ان تعلقات کا منظرہ زکام کا ایک شدید حملہ ہونے سے اکثر ہوتا ہے۔ انفی حفرہ جات کے جمعی کہنے کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے ایسا بھی ہوا ہے کہ ناک کے قیچی التهاب سے التهاب بحالیہ

118

(meningitis) پیدا ہو گیا ہے۔ یہ نایاب ہے کہ وہ خود عفویئے جن سے اسمیہ دماغ کا التهاب پیدا ہوتا ہے ناک کے مخاطی استر سے جھمی کہنے کو ان چھوٹے چھوٹے دوی اور لمفی عروق کے راستے سے جاتے ہیں جو غریبائین صفحہ جات میں سے شمی اعصاب کے ساتھ گزرتے ہیں۔

مختلف اقسام کے اجسام غریبہ اکثر ناک میں ایک جاتے ہیں اور بعض اوقات کچھ سالوں تک پڑے رہتے ہیں۔ بچہ میں دائمی یک جانبی انفی مواد سے ناک میں داخل شدہ جسم غریب کے موجود ہونے کا شبہ پیدا ہو جانا چاہئے پھسل جانے والی چیز مثلاً بوٹ کے بٹن کا دور کرنا مشکل ہوتا ہے۔ مگر ایک خمیدہ سلائی آہستہ سے اس سے پیچھے گزاردینے سے اسے نکالا جاسکتا ہے۔

انفی کہنوں کو ناک کے نطول (douche) سے دھوئے وقت سیال ایک سیفن کے ذریعہ سے داخل کیا جاتا ہے۔ سیفن کی ٹونٹی نٹھنے میں داخل کر دیا جاتی ہے اور منہ کھلا رکھا جاتا ہے اور سیال اس نٹھنے میں سے داخل ہو کر حنک الرخو (soft palate) پر سے گزر کر دوسرے نٹھنے میں سے باہر نکل آتا ہے، لہذا موضح الذکر کہنے پیچھے سے آگے کی طرف کو دھل جاتا ہے۔ پانی کے مہر کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ جب منہ کھلا رکھا جاتا ہے تو صرف اسی میں سے سانس لینے کی طرف آنا میلان ہوتا ہے کہ حنک الرخو (soft palate) اوپر کی طرف کو کھچ جاتا ہے اور موضح منخرین بلعوم سے علمدہ ہو جاتے ہیں۔

ہر ایک انفی حفرہ کی چھت بہت تنگ ہوتی ہے اور اس کا عرض صرف $\frac{1}{8}$ انچ ہوتا ہے (شکل ۲۴)۔ یہ باریک غریبائین صفحہ سے بنی ہوتی ہے مگر یہ استقد تنگ ہوتی ہے کہ اتنی بڑی چیز سے جتنی کہ سعدانی جھمی ہوتی ہے اس کے منقبت ہونے کے خطرہ میں بہت سامبالنا گنا گیا ہے۔ باوجود اس کے جھمی کہنے ناک کی چھت میں سے گس جانے والے اجسام سے جو اتفاقہ داخل ہو گئے تھے یا خود کشی کی غرض سے داخل کئے گئے تھے کھل چکا ہے۔ انفی حفرہ کے التهاب کے بعد التهاب سہاویہ (meningitis) واقع ہو چکا ہے اس حالت میں التهاب غریبائین صفحہ سے گزرتا ہے۔ گرد صبی اور گرد عرقی غلافوں کے ذریعہ سے ناک کے لمفی نظام کا تسلسل اسمیہ کے لمفی نظام کے ساتھ قائم ہے۔ اور ان گزرگاہوں میں سے سرائتیں ناک کی چھت سے لیکر دماغ کے اسمیہ تک پھیل سکتی ہیں۔

119

اس حصہ کے کسوریں دماغی نخاعی سیال کی بہت کثیر مقدار متعقوں سے بچتی ہے۔ ناک کی چھت میں سے قبیلہ سہاویہ (meningocoele) بروز کر سکتا ہے۔ لشن برگ (Lichtenberg) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں یہ تودہ حنک کے ایک خلقی اشتقاق میں سے گزر کر منہ میں لٹک رہا تھا

یہ غلطی سے سعدانہ (polyp) سمجھ لیا گیا تھا اور اسے باندھ دیا گیا اور موت درون جھمی التہاب سے واقع ہو گئی۔

فصل

(septum) بالغوں میں ناز و نادر ہی مین سیدھا ہوتا ہے۔ اس کا انحراف اکثر بائیں جانب کو ہوتا ہے۔ مگر بچوں میں یہ سیدھا ہوتا ہے اور ساتویں سال تک ایسا ہی رہتا ہے۔ بالغوں میں تمام اشخاص میں سے ۷۶ فی صدی میں فاصل منخوف ہوتا ہے۔ اس کا انحراف چوٹ سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ فاصل کا انحراف بعض اوقات کانے کی آواز میں بہت بری طرح سے خلل انداز ہوتا ہے۔ منخوف فاصل میں بعض اوقات مضاعف یعنی ایس (S) کی شکل کا غم دیکھنے میں آتا ہے۔ ایک غم اوپر سے نیچے کی طرف کو اور دوسرا آگے سے پیچھے کی طرف ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ غیر طبعی طور پر بلند حنک اکثر پایا جاتا ہے۔ انحراف کی خفیف سی مقدار کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی۔ مگر ایسے انحراف کا علاج جو فاصل اور مفتول (turbinate) ہڈیوں کی قربت کی وجہ سے انسداد پیدا کرنے کے لئے کافی ہو فاصل کے غضروفی حصہ کے زیر غامی جڑنی ہتھکڑی (submucous resection) سے کیا جاسکتا ہے۔ اکثرانی آئٹنک کی چھٹی ناک عام طور پر فاصل کی تباہی اور ہم پہلو ہڈیوں کے کم و بیش متاثر ہونے سے دیکھنے میں آتی ہے۔

بیرونی دیوار (نکل ۲۸)۔ بیرونی دیوار پر تین مفتول (turbinate) ہڈیاں

ہوتی ہیں۔ بالائی اور وسطیٰ مصغاتی (ethmoid) سے پیدا ہوتی ہیں اور تحتانی ایک علوہ ہڈی ہونے کی وجہ سے ناک (maxilla) کی اندرونی جانب سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اور اس سے فکی جوف (maxillary sinus) کی اندرونی دیوار کا کچھ حصہ بھی بنتا ہے۔ انکے نیچے ناک کے تینوں منافذ واقع ہوتے ہیں۔ تحتانی انفی مشخجہ (inferior nasal concha) بعض نقا یوسٹیکلن کیتھیٹر (Eustachian catheter) کے داخل ہونے میں خلل ہوتا ہے، جبکہ اس آلہ کا خم نہ درت سے زیادہ ہو۔ اس ہڈی کا مقدم سرانقے کے سوراخ سے تقریباً ۳ انچ پیچھے ہوتا ہے۔ انفی دمعی قنات (nasal-lacrymal duct) تحتانی منفذ میں نمتھے کے سوراخ سے تقریباً ۳ انچ پیچھے اور ناک کے فرش سے تقریباً ۳ انچ اوپر کھلتی ہے۔ یہ فتحہ بالعموم جھمی غا اور تنگ ہوتا ہے۔ انفی قنات انفی غشائے مخاطی کو اس طرح ترچے رخ میں اور مصرامی طریقہ سے منقبذ کرتی ہے جس طرح کہ حالب مشانہ میں داخل ہوتا ہے۔ اسلئے ناک دمعی تاج (lacrymal sac) کو منقبذ کئے بغیر مناف

کیا جاسکتی ہے۔ تحتانی منفذ کی بلندی تقریباً $\frac{3}{4}$ انچ ہوتی ہے۔

فوقانی منفذ (superior meatus): بہت چھوٹا اور تنگ سا انشقاق ہے،

اور اسکے اوپر کے اور اگلے حصہ میں موخر مصغاتی خلیات کھلتے ہیں۔

وسطی منفذ (middle meatus): اگلی طرف پر بیرونی دیوار کے ایک حصہ پر

اطاق (atrium) کہا جاتا ہے بہت کھل جاتا ہے۔ اور تا وقتیکہ ہر ایک اوزار کی نوک کو محروم کے

فرش کی طرف ابھی طرح رکھنے کی احتیاط نہ کی جائے اسکو تحتانی منفذ کی نسبت وسطی منفذ میں

زیادہ آسانی سے گزرا جاسکتا ہے۔ وسطی منفذ کی دیوار پر ایک گہری کھلی نالی ہوتی ہے (نیم قمری

فرجہ: hiatus semilunaris) جو اوپر سے نیچے کی اور پیچھے کی طرف کو جاتی ہے (شکل ۲۸)۔

اس میزاب میں جبہ جوف (frontal sinus) قمع (infundibulum) کے ذریعہ سے جو

تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ طویل ہوتا ہے اور مقدم مصغاتی خلیات کھلتے ہیں اور نیز اسکے موخر حصے کے قریب

اس میں فکی جوف بھی کھلتا ہے۔ جبہ جوف کا مستدیر وزن عام طور پر فرجہ (hiatus) کے مقدم

حصے پر واقع ہوتا ہے۔ مگر با اوقات یہ ایک گوشہ میں بھی پایا جاتا ہے جو فرجہ سے اوپر اسکے

سامنے ہوتا ہے۔ مقدم مصغاتی خلیات جو تعداد میں بالعموم دو ہوتے ہیں، بعض اوقات فرجہ

کھلتے ہیں بعض اوقات قمع (infundibulum) میں اور بعض اوقات بلا واسطہ وسطی منفذ کے

مقدم حصہ میں۔ فکی جوف (maxillary sinus) کا فوٹیم قمری فرجہ (hiatus semilunaris)

کے موخر حصہ میں واقع ہونے کے بجائے بعض اوقات اسکے نیچے واقع ہوتا ہے (شکل ۲۸)۔ فرجہ کی

اوپر کی حد مصغاتی حباب (bullae ethmoidalis) سے بنتی ہے۔ ایسا نیچے کا باریک اور نمایاں

حاشیہ مصغاتی حباب (ethmoid) کے کلاب نما زائده (uncinate process) پر مشتمل ہوتا ہے

وسطی مصغاتی خلیہ نیم قمری فرجہ سے اوپر حباب (bullae) پر کھلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ فرجہ کا لیول

ناک کے اندر اندرونی جنبی رابطہ (internal palpebral ligament) کے محل سے ظاہر

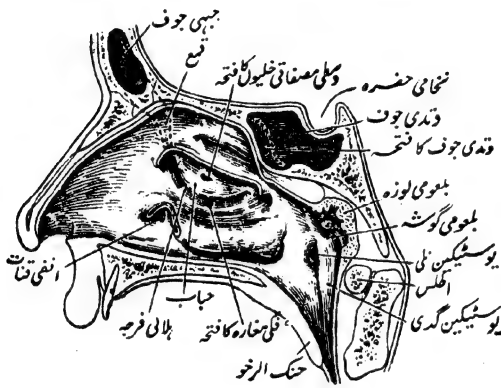
کیا جاسکتا ہے۔ فرجہ کے میلان کی وجہ سے پیپ کا رجحان سرائت زدہ جبہ جوف یا کسی دوسرے ہوائی

جوف میں سے فکی جوف میں بہنے اور اس کہفہ کو سرائت زدہ بنا دینے کی طرف ہوتا ہے۔

ناک کا فرش تقریباً $\frac{1}{4}$ انچ یا اس سے ذرا زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اس میں ایک ہموار

اور خفیف ماڈلن ہوتا ہے جو آگے سے پیچھے کو اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے (شکل ۲۷)۔ اس کے

مقدم حصہ پر شیشی سوراخ (incisor foramen) کے اوپر غشائے مخاطی کا ایک نشیب ہوتا ہے۔ یہ سوراخ اس ربط عظیم کا بقیہ حصہ ہے جو کبھی ناک اور منہ کے کہنوں کے درمیان موجود تھا۔ جو غشائے مخاطی انفی کہہ جات کا استر ہوتی ہے اسکی پوشش نیچے کے دو تہائی حصہ یعنی تنفسی حصہ پر بہ دار مرحلہ کی ہوتی ہے۔ بالائی ایک تہائی حصہ یعنی شمی حصہ ستونی مرحلہ سے ڈھکا ہوتا ہے اور دہلیز (vestibule) کا استر مطبق مرحلہ کا ہوتا ہے۔ عظام منقولہ



شکل ۲۸۔ انفی کہنہ کی بیرونی یا مجانبی دیوار۔

وسلی منقولہ زائدہ کا زیادہ تر حصہ فرجہ، مجاب اور قعر کے قعر یا انفی جیبی قعات اور فلکی جوف کو معرا کرنے کے لئے کاٹ دیا گیا ہے۔

(turbinate bones) اور فاصل کے زیرین دو تہائی حصہ پر یہ بہت موٹا ہوتا ہے۔ اور انفی فرجہ عظام منقولہ کے درمیان کے وقفہ میں یہ بہت پتلا ہوتا ہے۔ جس غشائے مخاطی سے مختلف جوفوں اور مغارہ کا استر بنتا ہے وہ نمایاں طور پر پتلی اور زردی مائل ہوتی ہے۔ اس غشا میں بہت سے غدود ہوتے ہیں جو بیرونی دیوار کے زیرین اور پچھلے حصوں اور فاصل کے موخر اور زیرین حصوں پر نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ ان غدود میں بعض اوقات معتد بہ بیش پرورش ظاہر ہو جاتی ہے۔ مزید برآں ان میں ایک آبی افراز کے بہت افراط سے ہیا کرنے کی قابلیت موجود ہوتی ہے۔ اور یہ افراز مزمن زکام کی بعض حالتوں میں جو تضرر کے بعد پیدا ہوئی تھیں اس کثرت سے پیدا ہو چکا ہے کہ اسکو غلطی سے

دماغی شو کی سیال کا سیلان تصور کیا جا چکا ہے۔ علاوہ ازیں انفی غشائے مخاطی میں بہت سی غدہ آسا اور لمف آسا بافت بھی موجود ہوتی ہے۔

عظام مفتول تحتانی کے زیرین کنارے اور موخر سرے پر طبعی غشائے مخاطی اس قدر موٹی اور ڈھیلی ہوتی ہے کہ یہ ایک نرم گدی کی شکل اختیار کر لیتی ہے جو بعض اوقات ”جسم مفتول“ (turbinate body) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ یہ کیفیت زیادہ تر ایک کثیر العروق نری مخاطی و ریدی ضغیرہ کے موجود ہونے سے پیدا ہوتی ہے جسکے عروق کا رخ بیشتر حصہ میں مقدم موخر ہوتا ہے۔ جب انہیں خون سے تناؤ پیدا ہو جاتا ہے تو یہ پھول کر ہڈی اور فاصل کے درمیانی فاصلہ کو سدود کر دیتا ہے۔ اور جب انہیں مزمن التهاب واقع ہو جاتا ہے تو ناک کے بالائی حصوں کی غشائے مخاطی تہیج ہو کر مصفاقی خط اور وسطی مفتول ہڈی سے سعدانوں کی شکل میں ٹنک پڑتی ہے جو ہوا سانس سے اندر جاتی ہے وہ ناک کے کثیر العروق استری غشا پر سے گزرتے وقت گرم ہو جاتی ہے۔ مزید برآں یہ صاف بھی ہو جاتی ہے گرد اور دوسرے اڑنے والے ذرات شیخوں (conchæ) کی مرطوب سطح پر جم جاتے ہیں۔

حالتِ صحت میں ادھر کی دونوں کوشکوں کی غشائے مخاطی امراضیاتی عضویہ بات سے تقریباً مبرا ہوتی ہے۔ مگر تحتانی منفذ کو ہمیشہ سرائت زدہ تصور کرنا چاہئے۔ گو یہ اتنا سرائت زدہ نہیں ہوتا جتنا کہ منہ۔ چونکہ چھینکے، کھانسنے اور بولنے سے منہ اور ناک سے خود عضویہ بات خلیج ہوتے ہیں، اسلئے سر جنوں میں گاز کا نقاب باندھنے کا رواج ہے۔ یہ نقاب کم از کم آٹھ تہ موٹا ہونا چاہئے۔

سعدانے (polypi) اکثر ناک میں پائے جاتے ہیں۔ انکی دو قسمیں ہیں۔ ایک

مخاطی یا تہیجی، التهابی سعدانہ جو عام طور پر وسطی شخہ (middle concha) کے اوپر یا نیچے کی غشائے مخاطی سے یا مصفاقی خط سے پیدا ہوتا ہے۔ اور دوسرا ایسی ہیملی (sarcomatous) سعدانہ جسکی ابتداء عام طور پر ناک کی چست کے یا کھوپری کے قاعدہ کے گرد عظمہ سے ہوتی ہے۔ موخر الذکر قسم کے سعدانے (polypi) ہر ممکن الموصول رخ میں پھیل جاتے ہیں۔ یہ ناک کے بانسے کو پھیلا دیتے ہیں، انفی قنات کو بند کر دیتے ہیں اور کوماع (epiphora) پیدا کر دیتے ہیں۔ نیز تنک الصلب کو متغضض کر دیتے ہیں اور منہ تک چلے آتے ہیں۔ مفاہرہ پر حملہ کر کے رضا رکھو پھیلا دیتے ہیں۔ اور نیچے کی طرف بڑھتے بڑھتے بلعوم میں چلے جاتے ہیں متعلق (velum palati)

کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتے ہیں۔ اور یہاں تک بھی ہوتا ہے کہ یہ مجھ کی اندرونی دیوار میں سے بھی نفوذ کرتے ہیں۔ ایسے سلعات کا تکشف اور ازالہ فک فوقانی کی موصو اور اندرونی چسپیدگیوں کو ملاحظہ کرنے اور اسکو آگے کی طرف موڑنے اور اسطرح انفی کہنف کی بیرونی دیوار کو دور کر کے اس کہنف کو معرکہ کرنے سے کیا جاسکتا ہے۔ مذکورہ ہڈی کو سلعہ دور کرنے کے بعد پھر اسی جگہ قائم کیا جاسکتا ہے۔

انفی کہنف کی رسد خون وسیع ہوتی ہے اور یہ داخلی فکی (internal maxillary)

یعنی (ophthalmic) اور وہی (facial) شریانون سے حاصل ہوتی ہے۔ ناک سے جو صفاتی (ethmoidal) وریدیں آتی ہیں وہ یعنی (ophthalmic) ورید میں داخل ہوتی ہیں۔ اور بعض ارباب سند کا یہ خیال ہے کہ بچوں میں انفی وریدوں اور فوقانی طولی جوف میں سوراخ عور (foramen caecum) کے راستہ سے ہمیشہ ایک ربط پایا جاتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ ربط بالغ میں بھی برقرار رہتا ہے۔ ان تعلقات سے ان جھمی عوارض کے وقوع کی بھی کیتقد رتوجیہ ہو جاتی ہے جن پر انفی کہنف جات کے بعض الہابی عوارض منتج ہوتے ہیں۔ ناک سے جریان خون یا رعاف (epistaxis) عام طور پر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ اکثر ایک شدید عارضہ ثابت ہوتا ہے۔ اسکی کثرت وقوع کی وجہ زیادہ تر یہ ہے کہ غشائے مخاطی کثیر العروق اور ڈھیلی ہوتی ہے اور نیز وریدیں مذکورہ جو سب سے نیچے کی (فکی: maxillary) نفوذ ہڈی پر پائی جاتی ہیں وسیع ضغیرہ جات کی شکل اختیار کر لیتی ہیں اور ان سے ایک قسم کی ایک کہنف کی بافت پیدا ہو جاتی ہے۔ لہذا رعاف (epistaxis) اکثر وریدی دوران میں فعل آنے سے پیدا ہوتا ہے جیسا کہ ان عنتی سلعات کے موجود ہونے کی حالت میں جو بڑی بڑی وریدوں پر دباؤ ڈالتے ہیں اور سعال دیجی کے دروں میں اور علی ہذا دوسرے عوارض میں دیکھنے میں آتا ہے۔ رعاف میں ہائز اوپر اٹھانے سے جو مفید اثر ظاہر ہوتا ہے اسکے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ صدر اسطرح اور زیادہ پھیل جاتا ہے اور عنتی وریدوں پر متغنی اثر کو عمل کرنے کا موقع ملتا ہے۔ جریان خون بعض اوقات مضطرب ہوتا ہے اور بہت دیر تک موجود رہتا ہے۔ کئی ایک مثالوں میں نرف جہلک بھی ثابت ہوا ہے۔ جریان خون کے مقام کا بعد الموت امتحان پر بھی معلوم کرنا اکثر آسان نہیں ہوتا۔ بہت سی حالتوں میں جریان خون کا مقام فاصل پر انفی ٹوک سے لے انچ اوپر اور پیچھے واقع ہوتا ہے۔

ان حصوں کی عصبی رسد شمی مصب (olfactory nerve) اور پانچویں عصب کی

پہلی اور دوسری قسموں سے آتی ہے۔ غراش اور اشیاء کے نقصوں میں داخل کرنے سے جو تدبیر اکثر پیدا ہوتا ہے اسکی توضیح اس امر سے کیجا سکتی ہے کہ اس کہفہ کے کچھ حصہ کو انفی عصب جو مینی تنے (ophthalmic trunk) کی ایک شاخ ہے بکثرت رسد پہنچاتا ہے۔ عصبی قوت کے سمت مخالف میں منتقل ہونے کی مثال ان حالتوں میں دیکھی جا سکتی ہے جنہیں آنکھوں پر سورج کی تیز روشنی پڑنے سے جھپٹکیں آنے لگتی ہیں۔ جن تکلیفوں مثلاً کمانسی اور شعبنی دمہ میں مرکز تائبہ (vagal centers) پر اثر ہو جاتا ہے وہ انفی کہفہ جات کے عوارض کے بعد بھی پیدا ہوتی ہیں اور ان تکلیفوں سے نجاتی شہ کے اوپر کی غٹلے منالطی کی (cauterization) اور تعدیم حس (anaesthetisation) سے نجات حاصل کیجا سکتی ہے۔ شمی اعصاب (olfactory nerves) اس کہفہ کے بالائی ایک تہائی حصہ میں موجود ہوتے ہیں۔ اسلئے ارادۂ سو گھنے میں آدمی ناک کے راستہ سے ہوا زور سے اندر کو کھینچتا ہے اور نقصوں کو قمع کر لیتا ہے۔ جبھی شکل میں نقصوں کو پھیلانے کی عدم استطاعت سے شامہ کے جزوی فقدان کی جو بعض اوقات ایسے مریضوں میں دیکھنے میں آتا ہے توجہ ہو سکتی ہے۔ سر کی چوٹ سے پیدا شدہ عدم القاتہ (anosmia) یا نقصان شامہ بعض اوقات شمی عصبی ریشوں کے اس مقام پر پھٹ جانے سے لہو پر پذیر ہوتا ہے جہاں یہ غربالین سوراخوں (cribriform foramina) میں سے گزرتے ہیں۔ شمی جڑیں عظم و قوی کے اجنبہ صغیر کی کور پر سے گزرتی ہیں اور اسلئے پیشانی کے بل گرنے میں انکو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ شمی مرکز، ہپوکمپی تزرید (hippocampal gyrus) میں واقع ہوتا ہے۔

انفی حفرہ جات کے عروق لمف پس بلعومی غد میں داخل ہوتے ہیں جو بلعوم

کے پیچھے عضلہ مستقیمہ راسیہ کبیر مقدم (rectus capitis anterior major) کے سامنے واقع ہوتے ہیں۔ اسلئے جیسا کہ فرینکل (Fränkel) نے بیان کیا ہے۔ ”پس بلعومی خراج ناک کے مرض سے نتیجتاً پیدا ہو سکتا ہے۔“ دوسرے عروق لمف زیر لنگنی، کنگنی، اور بالائی عمیق عنقی لمفی غد میں جاتے ہیں۔ مزید برآں ناک کے عروق لمف اسحمیہ کے عروق لمف سے بھی غربالین معصر (cribriform plate) کے راستہ سے ربط رکھتے ہیں۔

انفی اجواف (nasal sinuses) زیادہ حال میں ناک کے معین اجواف کی

پایا جاتا ہے۔ جہی انفی قنات کا فتمہ یا قمع شکل ۲۸ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ عظیم الجحم جہی اجواف کے ساتھ یہ ضروری نہیں کہ مقطب (glabella) اور فوق ہڈی فرانتا (superciliary eminences) کے اوپر بڑے بڑے خارجی ارتفاعات بھی موجود ہوں۔ بعض اوقات ایک جوف دوسرے جوف کے صرف پر زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اور درمیانی فاصل اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اور یہ اوپر سے نیچے کی طرف کو ایک ترچھے رخ میں واقع ہوتا ہے۔ دایاں جوف اکثر اوقات زیادہ بڑا ہوتا ہے۔ جہی جوف



شکل ۳۰۔ جہی جوف کی شکل اور اسکے ان تعلقات کو ظاہر کرتی ہے جو مجمر کی چھت سے ہیں۔ مزید برآں یہ کلی مغارہ کی شکل کو بھی ظاہر کرتی ہے۔

کی شکل جیسا کہ پیش سپین تراش (شکل ۳۰) میں دکھائی دیتی ہے حرن ایل (L) کی سی ہوتی ہے۔ اسکا انفی جارحہ مجمر کی چھت کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ امران عملیہ جات کے سلسلہ میں جو اسکی مزمن عفونت کی حالت میں اسکو مسدود کر نیچے لئے تجویز کئے گئے ہیں اہمیت رکھتا ہے۔ مردوں میں عورتوں کی نسبت یہ جوف بڑے ہوتے ہیں۔ ۹ فیصدی واقعات میں یہ ایک طرف اور ۷ فیصدی میں دونوں طرف بھی غائب ہوتے ہیں (لاگن ٹرنر: Logan Turner) یہ ظاہر ہے کہ جہی جوف پر متخفص کسز بھی کہفم کو نقصان پہنچائے بغیر واقع ہو سکتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جوف کے گاڑے مشمولات کو غلطی سے یہ تصور کر لیا گیا ہے کہ میجناکل گیا ہے۔ چونکہ اجواف کوناک کے ساتھ ربط و راہ حاصل ہے اسلئے

دیوار جوف کے کمرے بعض اوقات بہت سافناخ (emphysema) پیدا ہو جاتا ہے۔ گاہے گاہے ان کہفہ جات میں حشرات ہرورے (larvæ) اور دیدان (maggots) بھی پائے گئے ہیں۔ سن طفولیت کی ابتدا میں جبھی جوف صرف ایک غنچہ سی یا ایک ناقص النمو ساخت ہوتی ہے۔ تقریباً چھٹے سال میں غشائے مخاطی کا یہ غنچہ فرجہ (hiatus) کے مقدم سرے کے قرب و جوار سے بڑھنا شروع ہو جاتا ہے۔ اور اسکا بڑھتا ہوا سرا عظم جبھی کے ڈپلوئی (diploë) میں گس جاتا ہے اور اندرونی عظمی لوح کو بیرونی لوح سے علیحدہ کر دیتا ہے۔ تقریباً پچیسویں سال میں یہ اپنی پوری حسامت کو پہنچ جاتا ہے۔ اور اس بروں بالید کی ڈنڈی جبھی انفی قنات (fronto-nasal duct) بن جاتی ہے یہ جوف کے موخر حصہ سے آتی ہے۔

یہ قنات پہ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اور نیچے کی اور ذرا سی پچھے کی طرف کو آ کر نیم قمری فرجہ (hiatus semilunaris) کے مقدم سرے پر یا اسکے قریب ہی کھل جاتی ہے فرجہ (hiatus) کے راستہ سے جبھی جوف کا افراز مغارہ (antrum) میں پہنچ سکتا ہے۔ لہذا جبھی جوف کے مزمن تفتیح کی حالتوں میں یہ کہفہ ایک چوکی کی شکل میں منتقل ہو جاتا ہے (شکل ۲۸)۔ جبھی انفی قنات (fronto-nasal duct) اکثر پیچدار ہوتی ہے اور وسطی متولید (middle turbinate process) کی چوکی کو دور کر دینے کے بعد جبھی اس میں نیچے سے کینتھیرگز ارنا آسان نہیں ہوتا۔ لہذا انسداد کی حالت میں جبھی جوف پر منقطب (glabella) کے مقام پر یا مجر کے فوقانی اندرونی زاویہ پر تر فان کیا جاتا ہے (ٹلی : Tilley)۔ اور ایک سلائی نیچے کی اور تسبقدر پچھے کی طرف کو گزار دیا جاتی ہے تاکہ جوف کی سیلیت ناک میں ہو۔

مقدم مصغاتی غلیات عام طور پر جبھی انفی قنات میں کھلتے ہیں اور اسلئے جبھی جوف کے ہر مرض سے یہ بالعموم متاثر ہو جاتے ہیں۔ عظم جبھی کے ڈپلوئی کی ورید (frontal diploic vein) جو فوقی مجری کٹاؤ پر جبھی ورید (frontal vein) سے مل جاتی ہے جبھی جوف سے خون وصول کرتی ہے۔ جبھی استیج کی حالتوں میں سرایت ڈپلوئی (diploë) کے ذریعہ سے عظم جبھی میں تیزی سے پھیل جاتی ہے اور ایک قسم کا مخرب التهاب عظم (osteitis) اور التهاب بحایہ (meningitis) پیدا ہو جاتا ہے۔

دتدی جوف (sphenoidal sinus) فوقانی شنجہ کے پچھے دتدی مصغاتی

گوشہ میں کھلتا ہے (شکل ۲۸)۔ یہ زندگی کے اسی حصہ میں نوپا جاتا ہے جس میں کہ جبھی جوف - یہ گہرا

129

واقع ہوا ہے اور جب آپس میں مرض پیدا ہو جائے تو اس تک بہت آسانی سے رسائی نہیں ہو سکتی۔ اس میں نرسن نفیج جو ناک کی سرایتوں سے پیدا ہو جاتا ہے اکثر پایا جاتا ہے۔ اسکی مقدم دیوار کا قاعہ جو مقابلہ پتلی ہوتی ہے مقدم قحفنوں کے زیرین حاشیہ سے ۷ اور ۸ سنٹی میٹر کے درمیان ہوتا ہے۔ ٹلی (Tilley) اس امر کا مشورہ دیتا ہے کہ وسطی عظم مفیول کے زیرین کنارے کو جوف ہندی کے قحفہ کا رہنما تصور کرنا چاہئے۔ انفی قاعل (nasal septum) بھی اس کے لئے ایک معتبر رہنما ہے۔ کیونکہ اسکا میکسی حصہ (vomarine part) ان اجواف کی مقدم دیوار پر مقبب ہوتا ہے۔ اگر مقدم قحفنوں کے فرش سے اس نقطہ کی طرف ایک سلائی سیدھی گزار دی جائے تو یہ مذکورہ گہرائی (۷ تا ۸ سنٹی میٹر) پر اس جوف کے قحفہ پر پہنچ جائے گی۔

اس جوف کی باریک جانبی دیوار سے قریبی طور پر ملی ہوئی چند نہایت ہی اہم ساختیں ہوتی ہیں۔ کہنکی جوف اور اندرونی مسباتی شریان کے علاوہ بصری عصب اور پانچویں عصب کی دوسری قسمت اس سے بالکل ملی ہوئی ہے۔ اور انکے التهاب جوف (sinusitis) میں متاثر ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے (فصل ۳۳ صفحہ ۱۴۰)۔ چھت پر جسم خمی ہوتا ہے۔ اس جسم کے سلعات بعض اوقات اس جوف پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ اسکی وریدی مصفا کی وریدوں میں ملتی ہیں۔ ان اجواف کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں۔ اور آسانی سے منتبب ہو جاتی ہیں جیسا کہ ایک واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے جو لندن ہسپتال (London Hospital) میں ہوا۔ ایک آدمی ٹھوکر کھا کر گرا اور اسکی چھتری کا سراسر اضوا حاک کے اوپر چہرے میں گس گیا۔ وہ ہسپتال میں چل کر آیا اور تین دن بعد فوت ہو گیا۔ چھتری کی شام جسہ (pons) میں مدفون پائی گئی۔ اور اسکا سر فکی اور وندی اجواف میں سے گزر گیا تھا۔

فکی جوف (maxillary sinus) (مغارہ ہائی مور antrum of Highmore:) (شکل ۳۰) بوقت پیدائش موجود ہوتا ہے مگر بڑھاپے میں اسکے ابعاد عظیم ترین ہوتے ہیں۔ جن افراد میں غدودہ کی شکایت موجود رہی ہو انہیں اس جوف کی بالیدگی ناقص رہ جاتی ہے۔ اسکی سطحی تزیین جو اسکے محل کو چہرے پر ظاہر کرتی ہیں شکل ۲۹ میں دیکھی ہیں۔ اس کہنکی دیواریں بچوں میں بالنعوں کی نسبت زیادہ موٹی ہوتی ہیں۔

اس میں مختلف قسم کے سلعات پیدا ہو سکتے ہیں جن سے اسکی دیواریں مختلف جہات میں متمد ہو جاتی ہیں چنانچہ بالی پتلی اندرونی دیواریں سے ٹھکر ناک پر حملہ کر دی ہے۔ اور اس

کہف کی چھت کو اوپر کی طرف دھکیل کر مجھ پر حملہ آور ہوتی ہے (دیکھو شکل ۲، صفحہ ۱۱۷) اور یہ جوف کے فرش میں سے گزر کر منہ میں داخلت کرتی ہے اور جوف کی مقدم دیوار میں سے جو سیکر پٹلی ہوتی ہے ٹھکر کھال میں آ جاتی ہے۔ اس جوف کی دیوار کا کثیف ترین حصہ وہ ہے جو عظم العارض سے علاقہ رکھتا ہے اور یہ دبنا نہیں۔ بالیدوں کا میلان پیچھے کی طرف بڑھنے کی طرف نہیں ہوتا۔ اگرچہ بعض اوقات وجہی (zygomatic) اور جینیمی فکی (pterygo-maxillary) حفرہ جات بھی حملہ آور ہوتی ہیں۔ چونکہ زیر مجھری (infraorbital) عصب اس جوف کی چھت کے ساتھ ساتھ گزرتا ہے اور اوپر کے دانتوں کے اعصاب بھی اسکی دیواروں سے تعلق رکھتے ہیں اسلئے اس سے پیدا شدہ بالیدوں کا دباؤ ان سامنتوں پر پڑتا ہے اور اس طرح چہرہ اور دانت کا وجع العصب پیدا ہو جاتا ہے۔

تشریحی نقطہ نگاہ سے مغارہ کی سیلیت یا اسکا استقصاء یا تو دوسرے ضاحک کے اوپر جہاں ہڈی پٹلی ہوتی ہے ایک مٹھی مٹی گرد عظمی دامن معکوس کر لینے کے بعد سوراخ کر دینے سے یا ایک ڈاڑھ کھال کر اسکے سوراخ کو جو مغارہ میں رہ جاتا ہے بڑا کر دینے سے کیا جاسکتا ہے، اس لئے کہ ڈاڑھوں کے اور ضاحک دوسری ڈاڑھ کے اندرونی سنحات یا تو جوف کے کہف میں پہنچے ہوتے ہیں یا راسکے بہت قریب ہوتے ہیں۔ مگر مزاولت جراحی میں انہیں سے کوئی بھی طریقہ اختیار نہ کرنا چاہئے۔ کیونکہ اس طرح مغارہ اور منہ کے درمیان جو جراثیم سے معمور ہوتا ہے ربط پیدا ہو جانے سے قبل الذکر میں منلوہ مسرات ضرور پیدا ہو جاتی ہے اور اس طرح مغارہ کا مرض برقرار رہتا ہے۔ چونکہ منہ کی نسبت ناک میں بہت کم امراض ذاتی خود عضویہ جات موجود ہوتے ہیں اسلئے سیلیت کے راستہ کے اسی کا انتخاب کرنا چاہئے۔ مزید برآں اس طریقہ سے قیمی مادہ نگاہ نہیں جاتا اور سانس کے ساتھ اندر نہیں جاتا اگر منہ میں سیلیت کرنے کی حالت میں اس سے احتراز نہیں کیا جاسکتا۔ جبکہ یہ ایک جزو لا ینفک ہے۔ اگر ناک میں سے مغارہ میں کو چا لگنا ہو تو انفی منظار داخل کرنے کے بعد ایک مینل (trocar) تحتانی عظم مفتول کے نیچے سے اسکے طول کے وسط پر زیر نظر گزارنا چاہئے اور اسکے پسیدہ قاعدہ کے نیچے جتنا انچی ممکن ہو لیجانا چاہئے۔ یہاں پر ہڈی بہت پٹلی ہوتی ہے اسلئے مینل تیزی کے ساتھ ٹھونک دینے سے مغارہ کے کہف کے اندر چلا جائیگا۔

یہ جوف اپنے مقدمہ اور بالائی صعد پر اکثر جہمی جوف سے بھی ربط رکھتا ہے۔ شکل ۲، سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مغارہ جات حکم (palate) کے لیول سے بھی نیچے اتر جاتے ہیں۔ اور ان کی

131

مسیلیت ایسے فتمہ سے جو تنک کے لیول کے اوپر بنایا جائے بخوبی نہیں ہو سکتی۔ لہذا ناک میں ان کی موثر طور پر مسیلیت کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ جو سوراخ مذکورہ سابقہ طریقہ سے جبریل (trocar) سے کیا جائے اسکو بڑا کر کے نیچے کی طرف کو بڑھا دیا جائے۔

فکی جوف کا فتمہ شکل ۲۸ و ۲۹ میں دکھایا گیا ہے۔ یہ اس کہف کی چھت کے لیول پر ہوتا ہے۔ لہذا اگر اس کہف میں پیپ موجود ہو تو اسکی مسیلیت صرف اسی حالت میں سب سے زیادہ ہوگی جبکہ سر کو پھیر کر اس حالت میں رکھا جائے کہ ماؤف کو تنک سب سے اونچی رہے۔ جب سر آگے کی طرف کو جھکا ہو تو وندمی جوف نہایت آسانی سے خالی ہو جاتا ہے۔ اور جبھی جوف اس وقت خالی ہوتا ہے جبکہ سر پیچھے کی طرف ڈال دیا جائے۔ اگر تھناتی منفذ بڑا ہو یا نابی حفرہ (canine fossa) زیادہ واضح ہو تو اس مغارہ کا کہف چھوٹا ہوتا ہے۔

ان اجواف کے عروق لمف کی مسیلیت پس بلعوی غد میں ہوتی ہے ایک موقع پر گرنے سے اوپر کا ایک دانت مغارہ میں بالکل گھس گیا تھا اور نظر سے غائب ہو گیا تھا۔ ایک واقعہ میں ایک بالائی ثنیہ اس حادثہ کے ساڑھے تین سال بعد جس سے یہ اندر گھس گیا تھا مغارہ میں آزاد پایا گیا۔

بافتہ

چہرہ

(FACE)

چہرہ کے جن حصوں کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے ان کے علاوہ دوسرے حصوں کا بیان مندرجہ ذیل عنوانات کے تحت کیا جائیگا۔

- ۱۔ چہرہ عمومی حیثیت سے
- ۲۔ خطہ کفیبہ (parotid region)۔
- ۳۔ اوپر اور نیچے کے جبے اور ان کے متعلقہ حصے۔
- لبوں کا ذکر کہفہ دہن کے ساتھ آئیگا (باب ہشتم)۔

چہرہ عمومی حیثیت سے

چہرہ کی جلد پتل اور نازک ہوتی ہے۔ مگر اس میں دھبہ اور سرتی غد بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں۔ اسلئے اسپر اکثرکیل (acne) نکل آتے ہیں۔ جلد کے پتلے ہونے اور کشیف رد اول کے نہ پائے جانے کی وجہ سے وہی خراجات کا منہ بالمعوم جلد ہی بنجاتا ہے اس لئے یہ شاذ و نادر ہی بڑی جسامت اختیار کرتے ہیں۔

چہرہ کی زیر جلدی خلوی بافت نازک اور ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے۔ اور

پھیلنے والی در ریزشوں سے آسانی ماؤف ہو جاتی ہے۔ لہذا انتہاب کی حالت میں بعض اوقات بہت سا ورم نمودار ہو جاتا ہے اور عمومی استسقا میں چہرہ کی اور خاص کر نیچے کے پوٹوں کی ڈھیل بافت کی پھولن ایک نمایاں اور ابتدائی مظہر ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں ٹھڈی کے اوپر کی جلد خاص طور پر بستہ ہوتی ہے اور نیچے کے حصوں سے منقسم ہوتی ہے اور بہت سے لحاظات میں یہ چاندلی کی جلد سے بہت قریبی مشابہت رکھتی ہے۔

وجہی بافتوں کی حرکت پذیری چہرہ کو اس قابل بنا دیتی ہے کہ اسپر تر قیعی عملیہ جات کامیابی سے کیئے جاسکیں۔ اور انکی کثرت عروق کی وجہ سے مربع اور مکمل اندمال بالعموم فغنی ہوتا ہے۔ شحمی سلعات چہرہ پر شاذ و نادر ہی ظہور پذیر ہوتے ہیں اگرچہ اسکی زیر جلدی بافت میں بہت سا شحم موجود ہوتا ہے۔ اور فی الحقیقت علوم ایسا ہوتا ہے کہ یہ سلعات اس خط سے احتراز کرتے ہیں۔ چنانچہ ڈینے (Denay) نے ایک آدمی کے متعلق اطلاع دی ہے جسکے جسم پر ۲۱۵ شحمی سلعات تھے مگر چہرہ پر ایک بھی نہیں تھا۔ لیکن پیشانی پر شحمی سلعات قلیل الوقوع نہیں۔

چہرہ پر بعض قروح مثلاً قارض (rodent) اور ذبی قروح (lupus ulcers) کے پیدا ہونے کا خاص امکان ہوتا ہے۔ اور اس پر قایقہ خمیث (malignant pustule) راجحہ (anthrax) کا حکم نہایت کثرت سے ہوتا ہے۔

چہرہ پر بعض ارتقاعات موجود ہیں مثلاً ٹھڈی۔ عظم خدی اور پیشانی۔ ان پر کسی کند آکے سے چوٹ لگنے یا انجھل کرنے سے ایسا زخم پیدا ہو سکتا ہے جسکے کنارے صاف طور پر کٹے ہوتے ہیں۔ اور یہ زخم بعینہ ایسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ اس طرح چاندلی پر پیدا ہوتا ہے۔

عظم العارض (malar bone) اس قدر محکم ہوتی ہے اور اسکے تعلقات جعبہ سے اس قدر بلا واسطہ ہوتے ہیں کہ اسپر زور سے چوٹ لگنے سے ارتجاج (concussion) پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ چونکہ یہ لمبی نازک ہڈیوں پر مشتمل ہوتی ہے اسلئے اسیں کسر شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ فی الحقیقت فک (maxilla) میں محسوس ہوتی ہے اور اس ساخت میں وسیع کسر پیدا کر دیتی ہے اور خود اسے کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔ عظم عارضی کے کسر سے بعض اوقات مجر کا کدم (ecchymosis) پیدا ہو جاتا ہے جو اسی کدم سے مشابہ ہوتا ہے جو کوبری کے

قاعدہ کے کسر میں پایا جاتا ہے۔

رسد خون۔

جہی بافتیں بہت کثیر العروق ہوتی ہیں۔ اور شریانوں میں مشارکی عرق حرکی اعصاب کی رسد جو فو قانی عنقی عقدہ سے آتی ہے خاص طور پر افراط سے موجود ہوتی ہے۔ لہذا جذبہ کی حالتوں میں چہرہ آسانی سے سرخ بھی ہو جاتا ہے اور نیز اسکی رنگت بھی اڑ جاتی ہے۔ شراب خوار اشخاص میں اور ان لوگوں میں جو سردی میں زیادہ رہتے ہوں اور رسد دوران خون کے مریضوں میں جنہیں اسناد خواہ قلبی عرقی تنبیات سے پیدا ہوا ہو یا بعض جلدی امراض سے جلدی بذیرے اکثر مستقل طور پر محقق رہتے ہیں۔ وحمت (naevi) اور مختلف اقسام کے ناخط سلعات چہرہ پر عام طور پر نمودار ہو جاتے ہیں۔ رسد خون کے بافراط موجود ہونے کی وجہ سے چہرہ کے زخموں سے اگرچہ انکے لگنے کے وقت جریان خون بکثرت واقع ہوتا ہے مگر یہ بے نظیر سرعت سے خشک خشک طور پر مندمل بھی ہو جاتے ہیں۔ لہذا ایسے زخموں کے کناروں میں دل ول اول ہی صحیح صحیح مطابقت پیدا کر دینے سے ندبہ کی زیادہ پیدائش کے بغیر ہی بالعموم مکمل اندمال واقع ہو جاتا ہے۔ جلد کے وسیع دامنوں کی حیویت جو دریدہ زخموں میں جلد کے پھٹنے سے بجاتے ہیں تقریباً اسی طرح ہی نمایاں طور پر قائم رہتی ہے جس طرح کہ چاندلی کے اسی قسم کے دامنوں کی۔ چہرہ کے وسیع ضررات جنہیں بہت سی ساخت ضائع ہو گئی ہوا اکثر حیرت انگیز طریقہ پر مندمل ہو جاتے ہیں جیسا کہ ان ترقیعی وجہی عملیات سے ظاہر ہوتا ہے جو جنگ عظیم کے زخمیوں پر کئے گئے تھے۔ وجہی شریان کے نبضانات جڑے کئی رین کنارے پر جہاں عیضہ مضغیہ (messeter muscle) کے مقدم کنارے کے عین سامنے سے گزرتی ہے بہترین طور پر محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ یہاں یہ صرف جلد اور عضلہ منتشرہ (platysma) سے ہی پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور ہڈی پر باسانی مضبوط کیجا سکتی ہے اور اسپر بندش بھی لگائی جاسکتی ہے اس شریان کے قنات چہرہ پر اس کثرت سے ہوتے ہیں کہ اسکو کاٹنے کے بعد دونوں سروں کا باندھا ضروری ہوتا ہے۔

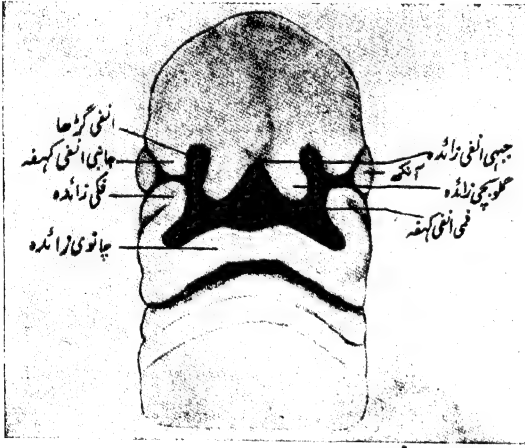
وجہی ورید شریان کے ساتھ صرف جبڑے کے رین کنارے پر ہی ملی ہوتی ہے۔ اور چہرہ پر یہ اس سے معتد بہ فاصلہ پر ہوتی ہے۔ یہ ورید اتنی ڈھیلی ڈھالی نہیں ہوتی جتنی کہ اکثر سطحی وریدیں ہوتی ہیں۔ کاٹنے کے بعد یہ زیادہ متفتح رہتی ہے۔ اس میں مصاریع نہیں ہوتے، اور ایک سرے پر یہ کھنکی جوف سے بلا واسطہ طور پر ربط رکھتی ہے اور دوسرے پر گردن میں اندرونی سباتی ورید سے۔

مزید برآں یہ درون جمجمی وریدوں سے بھی ربط رکھتی ہے، مگر یہ اتنا براہ راست نہیں ہوتا۔ اور یہ ربط یوں ہوتا ہے:- وہی ورید عمیق وہی ورید (deep facial vein) کو وصول کرتی ہے جو جنامی ضغیرہ سے آتی ہے! اور یہ ضغیرہ کہنگی جوف سے چند چھوٹی چھوٹی وریدوں کے ذریعہ سے جو سوراخ بیضوی (foramen ovale) اور سوراخ دریدہ وسطی (foramen lacerum medium) کی یعنی بافت میں سے گزرتی ہیں ربط رکھتا ہے۔ جسہی ورید کے ان تعلقات سے چہرہ کی بعض التہابی سرایتوں سے موت واقع ہونے کی توجیہ ہوتی ہے۔ چنانچہ چہرہ کے شبہ جراثیم (carbuncle) یا کسی دوسری منتشر اور عمیق التہابی حالت سے (جو خامر بالائی لب کی ہوا اور جناح الانف کے قرب و جوار میں ہو) دماغی اجواف میں بعض اوقات ہلک علقیت پیدا ہو جاتی ہے۔

چہرہ کے نمونہ کا حوالہ دینے سے پانچویں عصب کی تقسیم اور بعض غیر طبی حالتوں مثلاً ترگوشی لب (hare-lip) کبر الفم (macrostoma) وغیرہ کی توضیح میں مدد ملے گی۔ یہ پانچ

135 زائندوں سے نواپا ہے۔ ایک وسطانی یا جہبی انفی (fronto-nasal) جو ہر ایک طرف موجود ہوتا ہے اور ایک فکی (maxillary) اور ایک چانوی (mandibular)۔ جہبی انفی زائندہ پر دو چھوٹے چھوٹے جانبی ارتفاعات پیدا ہو جاتے ہیں جو گلوبجہ نما زائندے کہلاتے ہیں! انکے درمیان ایک مثلث رقبہ یعنی انفی میدان (nasal field) ہوتا ہے۔ اس سے آئندہ چکر ناک کا بانسا طیار ہوتا ہے۔ ہر ایک گلوبجہ نما زائندہ (processus globularis) کی جانب پر ایک نشیب یعنی انفی گڑھا (nasal pit) ہوتا ہے۔ اس طرح جہبی انفی زائندہ (fronto-nasal process) تین حصوں پر تقسیم ہو جاتا ہے یعنی دو جانبی انفی زائندے اور ایک وسطانی زائندہ جس پر دو گلوبجہ نما یا وسطانی انفی ارتفاعات موجود ہوتے ہیں۔ یہ بڑھتے بڑھتے سلاخوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں اور ایک دوسرے سے اور فکی زائندے سے متحد ہو جاتے ہیں جیسا کہ شکل ۳۱ و ۳۲ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ انفی میدان (nasal field) مرتفع ہو جاتا ہے۔ اور اسکے بالائی حصہ سے ناک کی پشت طیار ہوتی ہے اور اسکا زیریں حصہ بڑھتے بڑھتے انفی فاصل کا ستونچہ (columella) بن جاتا ہے۔ لب کا نثرہ (philtrum) اور پیش فک (premaxilla) گلوبجہ نما زائندوں کے ایک دوسرے کے ساتھ وسطی خط پر متحد ہونے سے بنتے ہیں۔ اسکے بعد چہرہ پہلے چانوی زائندوں کے ایک دوسرے کے ساتھ متحد ہونے اور پھر ہر ایک طرف فکی زائندہ کے چانہ اور جہبی انفی زائندہ کے کچھ حصوں کے ملنے سے مکمل ہو جاتا ہے۔ فک اور جانبی انفی زائندہ کے مقام اتصال سے جناح الانف (ala nasi) طیا

ہوتے ہیں۔ نثرہ (philtrum) (جو گلوبچہ نمایا وسطانی انفی زائیدوں کے اتحاد سے پیدا ہوتا ہے) اور فک کے عدم اتحاد سے جانبی خرگوشی لب (lateral hare-lip) پیدا ہو جاتا ہے۔ اور ناک اور فک کے نہ ملنے سے وہی درز (facial cleft) پیدا ہو جاتی ہے۔ اور فک اور چانے کے غیر مکمل اتحاد سے کبر النعم (macrostoma) پیدا ہوتا ہے۔ اگر جہی انفی زائیدہ (fronto-nasal process) کا نمو واضح نہ ہو تو سائیکلوپس (cyclops) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے اسکے ساتھ پانچویں عصب کی ایک شاخ یعنی انفی عصب آتا ہے۔ پانچویں عصب کی دوسری قسمت فکی زائیدہ کا عصب ہے اور



شکل ۳۱-۸ ملی میٹر مضغہ کا چہرہ۔
(ہس His اور مکسچی McMurich کے مطاب)۔
تیسری قسمت چانوی زائیدہ کا۔

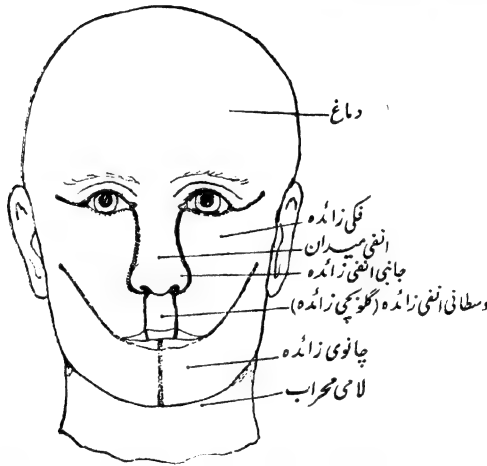
عصبی رسد۔ چہرہ پر اعصاب بکثرت پائے جاتے ہیں پانچواں عصب حسی

اور جہی عصب حرکتی ہے (شکل ۲ صفحہ ۱۱)۔ چہرہ پر کثیر التعداد عصبی ریشکوں کے موجود ہونے اور پانچویں عصب کے وسیع حسی نوات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ چہرہ پر شدید خراش اور حوال کے اثر کر نیسے ایک وسیع عصبی فعل کے نکل پڑیر ہونے کا احتمال ہوتا ہے (شکل ۳۲ صفحہ ۱۴۳)۔ ڈاکٹر جارج جاکسن (Dr. George Johnson) ایک واقعہ کا ذکر کرتا ہے جس میں رخسار کے ایک ندبہ میں حقیق کے ایک ٹکڑہ کے مدفون ہونے سے وہی وجع العصب (facial neuralgia) اور جہی شلل (facial paralysis)

(paralysis اور فک بستگی (trismus) پیدا ہو گئے تھے اور صرع کے حملے خود کر آئے تھے۔

۱۔ حسی رسد

پانچواں یعنی سہ توامی (trigeminal) عصب جسر (pons) کی



شکل ۳۲ چہرہ کے ان حصوں کو ظاہر کرتی ہے جو انفی فکلی اور چانوی زائدوں

سے بنتے ہیں۔
(From Keith's "Human Embryology and Morphology")

تحتانی سطح سے نکلتا ہے اور اسکی دو جڑیں ہوتی ہیں جنہیں سے ایک بڑی حسی ہوتی ہے اور دوسری چھوٹی حرکتی۔ یہ جڑیں آگے اور باہر کی طرف کو بڑا حکر کھویری کے موخر حفرہ میں چلی جاتی ہیں۔ اور خیمۃ الدماغ (tentorium cerebelli) کے عین نیچے اور جس مقام پر یہ عظم حجری کے بالائی زاوے سے چسپیدہ ہوتا ہے اسکے قریب ہی ام جانیہ کو منتقب کرتی ہیں۔ داخلی سمعی منفذ اور اس لئے ساتواں اور آٹھواں عصب بھی موخر حفرہ سے باہر نکلنے سے عین پہلے انکے نیچے اور پیچھے ہوتے ہیں۔ لہذا دماغ کے پیش زیرین حصہ پر جو سلعات پیدا ہوتے ہیں انکے دباؤ کے سہ توامی (trigeminal) عصب کی جڑوں پر پڑنے کا احتمال ہوتا ہے، جو کیفیت رجوع العصبیہ (hypo-aesthesia)

اور ناقص لمتھی معکوسہ (conjunctival reflex) کا باعث ہوتا ہے۔ مگر یہ حالتیں اتنی شدید نہیں ہوتیں جتنی کہ صادقہ توامی وجع العصب میں ہوتی ہیں۔

ام جافیہ کو منقبذ کرنے کے بعد جڑیں غار میگل (cave of Meckel) میں داخل ہو جاتی ہیں۔ یہ غار ام جافیہ کے پھٹنے سے پیدا ہوتا ہے اور عظم حمری کے راس پر واقع ہوتا ہے۔ یہاں پر سسی جڑ پھیل کر نیم قمری (semilunar) یعنی گیسری (Gasserian) عقدہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ اور عرق جڑ اس عقدہ کے نیچے سے آگے بڑھ جاتی ہے اور پھر اس عصب کی تیسری یعنی چانوی قسمت سے متحد ہو جاتی ہے۔

138

میگل کے غار کے نیچے ہڈی کے اس صفحہ میں جس سے قنال سباتی کی چست عظم حمری کے راس کے قریب بنتی ہے ایک نشیب ہوتا ہے۔ سر جن کے لئے اس امر کا خیال رکھنا دلچسپی سے خالی نہ ہوگا کہ شاذ ذواتوں میں ہڈی کا یہ صفحہ غائب بھی ہوتا ہے۔

دوسرے قریبی علاقہ جات جنکو گیسری (Gasserian) عقدہ پر عملیہ کرتے وقت ملحوظ خاطر رکھنا چاہئے مندرجہ ذیل ہیں۔

(۱) عقدہ کی اندرونی طرف پر کھنکی جوف کا موخر حصہ ہوتا ہے۔

(۲) باہر کی طرف وسطی سحانی شریان ہوتی ہے۔ اور اس عقدہ تک باہر کی طرف سے

رسائی کرتے وقت اس عرق کو مورایخ شوکی (foramen spinosum) میں کوئی موزوں چیز ٹھونس دینے سے سدود کر دیا جاتا ہے۔

(۳) اوپر کی اور باہر کی طرف صدغی و تدی لختہ (temporo-sphenoidal)

lobe) ہوتا ہے۔

یہ عقدہ نیم قمری ہوتا ہے۔ مسی جڑ مقعر وسطانی جانب پر داخل ہوتی ہے۔ اور عصب کور کی تینوں قیمتیں جانبی مدب طرف سے نکلتی ہیں۔ ان قیمتوں میں سے ہر ایک کے ساتھ ساتھ ام جافیہ کی ایک نلی جاتی ہے جو غار میگل (cave of Meckel) کی دیواروں سے نکلتی ہے۔ عیلمی (ophthalmic) یا پہلی قسمت کھنکی جوف کی بیرونی دیوار میں داخل ہو جاتی ہے۔ اور فوقانی مجہری یا تدی شقاق کے قریب انفی ادمی اور جہی تین شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ کھنکی جوف میں تیسرا محرک العین (oculo-motor) عصب اور چوتھا کمری (trochlear) عصب اکٹھے عین اور واقع ہوتا ہے۔

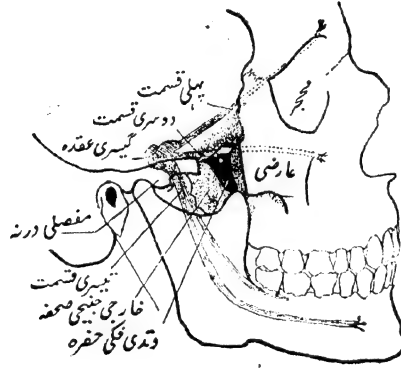
فکی (maxillary) یا دوسری قسمت حفرہ وسطیٰ میں سے گزرتی ہوئی جو فک ہنکلی کے زیرین حصہ کے قریب سے آگے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور کھوپڑی میں سے صلیخہ مدورہ (foramen rotundum) میں سے باہر نکل کر جنبی حنکی حفرہ (pterygo-palatine fossa) اور تحتانی مجری (inferior orbital) یا فندی فکی (spheno-maxillary) شقاق میں سے گزرتی ہے۔ اور پھر تحتانی مجری قنات میں داخل ہو کر چہرہ پر تحتانی مجری سوراخ پر نکل آتی ہے۔ پہلی قسمت کی طرح یہ بھی نکل حسی ہوتی ہے۔

چانوی یا نیسری قسمت سوراخ بیضوی (foramen ovale) میں سے باہر نکلتی ہے۔ یہ زیادہ تر حسی ہوتی ہے۔ مگر اس میں مضمغی عضلات، چانی لامی (mylo-hoid) عضلہ اور دو ٹوٹکی عضلہ (digastric) کے مقدمہ شکم کی رسد کے لئے سرکری ریشہ جات موجود ہوتے ہیں۔ پانچویں عصب کی قسمتوں کے ذریعہ سے جو رقبہ جات حسی رسد پاتے ہیں وہ شکل ۲ صفحہ ۱۱ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔ فوق مجری اور زیر مجری اور ذقنی سوراخوں کے محلات مندرجہ ذیل طریقہ سے ظاہر کئے گئے ہیں۔ فوق مجری سوراخ فوق مجری حید کے اندرونی اور وسطی ٹٹوں کے مقام اتصال پر پایا جاتا ہے۔ اس نقطہ سے لے کر ایک سیدھا خط نیچے کی طرف کو ہر ایک جبڑے کے دونوں ضوا احک کے درمیان فی وقفہ پر سے گزرتا ہوا کھینچا جائے تو یہ زیر مجری اور ذقنی سوراخوں کو کاٹتا ہو اگر زیر مجری زیر مجری سوراخ مجر کے حاشیہ کے نیچے پہلے ایچ سے ذرا زیادہ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ ذقنی سوراخ بالغوں میں جو فیذہ اور جبڑے کے زیرین کنارے کے وسط پر واقع ہوتا ہے۔ اور زیر لب اور جبڑے کے درمیان خشتائے محاطی کا جوتہ انبان ہوتا ہے اس سے نیچے پہلے ایچ سے ذرا زیادہ فاصلہ پر ہوتا ہے۔ کسریں بلوغ میں یہ سوراخ فک کے زیرین کنارے کے زیادہ قریب ہوتا ہے اور بڑھاپے میں یہ جو فیذہ کے پاس ہوتا ہے۔ اگر کسی وجہ سے ذقنی سوراخ میں کوئی انحراف کرنا مقصود ہو تو سوئی داخل کرتے وقت اسکا میلان ذرا نیچے اور آگے کی طرف کو رکھنا چاہئے۔ کیونکہ سوراخ کے نزدیک ہی قنات غیر متوقع طور پر اوپر اور نیچے کی طرف کو مڑ جاتی ہے۔

زیر مجری عصب وبع العصب میں اُس مقام پر کاٹ دیا گیا ہے جہاں

یہ چہرہ پر نکلتا ہے۔ اس تک یا تو خارجی ننگاف سے رسانی کی جاتی ہے اور یا رخسار اٹھا کر منہ کے اندر سے بعض محالتوں میں مجر کا فرش معرا کیا جا چکا ہے اور زیر مجری قنات (جس کے مقدم

نصف کی چیمٹ عظمی ہوتی ہے۔ کھول دی گئی ہے۔ اور اس طرح اس عصب کے تنے کے بڑے بڑے حصے کاٹ کر علیحدہ کر دئے گئے ہیں۔ وتمدی حنکی (spheno-palatine) عقدہ (عقدہ میککل : Meckel's ganglion) کو پانچویں عصب کی دوسری قسمت کے وجع العصب کی تنکین کے لئے اکڑ کاٹ کر علیحدہ کر دیا گیا ہے۔ زخار کے سامنے کے حصہ سے جلد کا ایک مثلث دامن کاٹ کر اوپر کی طرف کھینچا دیا جاتا ہے۔ اور زیر مجری سورخ معرا کر لیا جاتا ہے۔ مفارہ کی مقدم دیوار ترخان کے ذریعہ سے کھول لی جاتی ہے اور زیر مجری میزب کے فرش سے ہڈی کاٹ دی جاتی ہے۔ اس طرح اس قنال میں جو عصب موجود ہوتا ہے



شکل ۳۳۔ پانچویں عصب کی دوسری اور تیسری قسموں کی سطحی تزیین۔

140

وہ ابھی طرح سے سامنے آ جاتا ہے۔ اس عصب کا تعاقب پیچھے کی طرف کو مفارہ کی موخر دیوار تک کیا جاتا ہے۔ اس دیوار میں بذریعہ ترخان سورخ کرنے سے وتمدی فکی (spheno-maxillary) (جنینی حنکی : pterygo-palatine) حفرہ کھل جاتا ہے اور عقدہ میککل (Meckel's ganglion) معرا ہو جاتا ہے (شکل ۳۳)۔ اس عقدہ کی اُٹھ طرف سورخ تدریجاً شناخت کیا جاسکتا ہے۔ زیر مجری شریان مجبی عصب کے ساتھ ہی موجود ہوتی ہے، اور یہ عرق معراپنی مقدم سنی (anterior dental) شاخ کے جوٹنایا اور انیاب کو آتی ہے غالباً کاٹ دیا جاتا ہے۔ زیر مجری شریان جنینی صغیرہ (pterygoid plexus) میں ختم ہو جاتی ہے۔ عقدہ مذکور اندرونی فکی (internal maxillary) شریان کی انتہائی شاخوں سے محصور ہوتا ہے۔

اور یہ ایک مثلث شکل کا جسم ہوتا ہے جس کا قطر تقریباً ۱ انچ ہوتا ہے۔ باہر کی طرف سے یہ ذرا محدب ہوتا ہے اور اسکی رنگت سرخی مائل ہوتی ہے۔

جس عملیہ کا ذکر اوپر کیا گیا ہے ویسے عملیات سے حصول کے تعلقات کا پتہ چلنے میں مدد ملتی ہے۔ گراب منزولات میں انکی جگہ اشترابات کے سادہ ذرائع اکثر اختیار کئے جاتے ہیں۔ عصب کے تنے میں انکھل مطلق داخل کرنے سے اسکے رقبہ تفرع میں عدم حیثت پیدا ہو جاتی ہے جو چھ ماہ تک یا اس سے زائد عرصہ تک کے لئے رہتی ہے۔ ایسے اشترابات کو کامیابی سے سرخام دینے کے لئے ان اعصاب کے محل اور عمر اور انکے ارد گرد کی ساختوں کے بہت صحیح علم کی ضرورت ہے۔ پانچویں عصب کی دوسری قسمت کا مشکل ۳۳ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ اگر وجہ (zygoma) کے بالائی کنارہ پر عظم الماری کے صعودی حاشیہ کے ۶ ملی میٹر (۱/۴ انچ) پیچھے ایک نقطہ لیا جائے تو یہ وندی فکی حفزہ (spheno-maxillary fossa) کے بالائی حصہ کے عین اوپر واقع ہوگا جس میں پانچویں عصب کی دوسری قسمت اور عقدہ میکل (Meckel's ganglion) ہوتا ہے۔ عصب تک پہنچنے کے لئے سوئی کو ۳۴ ملی میٹر (۱/۴ انچ) داخل کر دینا چاہئے۔ مجر کے فرش کے ساتھ ساتھ کاراستہ اس سے زیادہ آسان اور زیادہ بے خطر ہے۔ سوئی مجر کے نیرین کنارے کے نقطہ وسطی پر داخل کی جاتی ہے اور فرش کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو مڑے مہمی مستوی کے متوازی جھونک دی جاتی ہے۔ سوئی کو وندی فکی حفزہ (spheno-maxillary fossa) میں یہاں تک جھونک دیا جاتا ہے کہ یہ سورخ مدور پر یا اسکے گرد نواح میں عظم وندی کے سامنے آنے سے آگے جانے سے رک جاتی ہے۔ مناسب دست و رزی سے سوئی سورخ مدور میں داخل ہوتی ہوئی محسوس کی جاسکتی ہے۔ مجر کے حاشیہ سے سورخ مدور ۳۳ ملی میٹر (۱/۴ انچ) کی گہرائی پر واقع ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں اس عصب تک وجہ (zygoma) کے بالائی کنارہ پر وندی زاویہ کے عین پیچھے اندر کی طرف سوئی داخل کرنے سے بھی رسائی ہو سکتی ہے۔ یہ عقدہ سطح سے ۵۰ ملی میٹر (۲ انچ) کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (Symington: سمنگٹن)۔

تحتانی سنی عصب (inferior dental nerve) دونوں نواک

کی ہڑاؤں کے مقابل فکری غنائے معاملی میں ننگاف دکر سورخ ذقنی (mental foramen) پر کاٹا جا چکا ہے۔ اس ننگاف میں سے عصب کا المناب اور اسکے جلدی حصہ کا امتیصال کیا جاسکتا ہے۔

یہ عصب چانوی (تحتانی سنی) سوراخ میں داخل ہونے سے پیشتر مندرجہ ذیل طریقہ پر کاما جا چکا ہے۔ منہ کو خوب اچھی طرح سے کھول کر آخری بالائی لائحہ سے لیکر آخری زیرین لائحہ تک اکیلین نسا زائدہ (coronoid process) کے عین اندر کی طرف جسکے حدود جس سے واضح طور پر معلوم کئے جاسکتے ہیں ایک شکاف دے دیا جاتا ہے۔ یہ شکاف غشائے مخاطی میں سے گزرتا ہوا نیچے کی طرف عضلہ صدغیہ کے وتر تک پہنچتا ہے۔ اس شکاف میں انگلی داخل کر کے جڑے کی فرع (ramus) اوّل عضلہ جنبیہ داخلہ (internal pterygoid muscle) کے درمیان سے گزار دیا جاتا ہے، حتیٰ کہ وہ غظمی مقام محسوس ہونے لگتا ہے جو چانوی (تحتانی سنی: inferior dental) قنال کی نشاندہی کرتا ہے۔ یہاں پر اس عصب کو ایک ہک کے ذریعہ سے اٹھا کر منفر د کر لیا جاتا ہے اور کاٹ دیا جاتا ہے۔

خدی عصب (buccal nerve) رخسار کی غشائے مخاطی اور جلد کو رسد پہنچاتا ہے۔ اور عضلہ بوقیہ (buccinator muscle) کی بیرونی سطح پر سے آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔

پانچویں عصب کی تیسری قسمت کا تنا کھوپری کے حفرہ وسطیٰ سے
سوراخ بیضوی میں سے باہر نکلتا ہے جسکا محل وجہ کے برین کنارے کے اس حصہ کا ملاحظہ ہوتا ہے جو فراز مفصلی (eminentia articularis) کے عین سامنے واقع ہوتا ہے (شکل ۳۳)۔ اس عصب کے تنے یا عقدہ گیسری (Gasserian ganglion) میں اشراق کرنے کے لئے میفر خوب اچھی طرح سے منہ کھولنے کے لئے دیا جاتا ہے تاکہ چانہ کا اکیلین نسا زائدہ منخفض ہو کر راستے سے ہٹ جائے۔ اور میفر فراز مفصلی (eminentia articularis) کے ایک انچ سامنے سوئی داخل کر دیا جاتا ہے اور اسکو سیدھا اندر کی طرف اور سیقدرا و پر کی طرف غظم و تدی کی زیرین سطح کے بالمقابل لے جایا جاتا ہے، حتیٰ کہ یہ ۳.۴ ملی میٹر (۱/۴ انچ) کی گہرائی پر پہنچ جاتی ہے۔ جب سوئی خارجی جنبی صفحہ (external pterygoid plate) کی بیرونی سطح سے ٹکراتی ہوئی محسوس ہو تو اسے اتنا پیچھے ہٹایا جاسکتا ہے کہ یہ اس صفحہ کے پچھلے کنارے پر سے پھسل جائے۔ اب پچھلے کی رے کی کو ذرا نیچے کی طرف دبانے سے سوئی کا مرا اوپر کا رخ اختیار کر لیتا اور اس لئے آگے بڑھ کر میکل (Meckel) کے غاریں داخل کیا جائیگا۔ اس طریقہ سے جسم عقدہ میں الجھل کا اشراق کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۳۵)۔

کرنے کی قوت بخشنے ہیں۔ (۲) وہ جو نخر مرضی حس پذیر (protopathic sensibility) کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ جلد کو کسی چیز کے چھنے اور ۲۰ درجہ ف سے نیچے کی تیش کے لئے حساس بناتے ہیں۔ (۳) وہ جو برناقد حس پذیر (epicritic sensibility) کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ ریشے جلد کو ہلکے لمس (جسکا امتحان کسی ایسی چیز سے جیسی کہ روئی ہے کیا جاتا ہے) اور تیش کے زیادہ دقیق درجوں کو محسوس کرنے کی قوت بخشنے ہیں۔ اکثر مثالوں میں ایسا ہوتا ہے کہ جب عصب کاٹا جاتا ہے تو برناقد (epicritic) حس پذیر کی فقدان اپنی وسعت میں عصب کے تشریحی تفرع کا متناظر ہوتا ہے۔ جب نیم قمری یا گیسٹری (Gasserian) عقدہ دو کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۲ اور ۳) تو برناقد (epicritic) حس پذیر کی فقدان رقبہ تفرع کا متناظر ہوتا ہے مگر نخر مرضی (protopathic) حس پذیر کی فقدان تشریحی رقبہ سے نسبتاً کم ہوتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ جو نخر مرضی (protopathic) ریشہ جات دوسرے عصب سے نکلتے ہیں (شکل ۳) وہ جلد کے اُس رقبہ تک بھی پہنچتے ہیں اور اسکو رسد بھی پہنچاتے ہیں جسکو برناقد (epicritic) حس پذیر پانچویں عصب سے حاصل ہوتی ہے۔ پھرے کے زیر حصہ میں ان رقبہ جات میں کوئی ترکاب نہیں پایا جاتا ہے۔ پانچویں عصب کی ذقنی (mental) شاخ میں برناقد (epicritic) اور نخر مرضی (protopathic) ریشہ جات کا تفرع جلد کے ایک ہی حصہ پر پایا جاتا ہے۔ اسلئے کسی حسی عصب کے کٹنے سے جو اثرات پیدا ہوتے ہیں انکا انحصار ان ریشوں کی نوعیت پر ہوتا ہے جو اس عصب میں موجود ہوتے ہیں، اور نیز جلد کی اس وسعت پر ہوتا ہے جس پر ہر قسم کے عصب کا پھیلاؤ فروا پایا جاتا ہے نیم قمری عقدہ کے استیصال کے بعد بھی چہرہ کی عمیق ساختیں دباؤ کیلئے حساس رہتی ہیں۔ اور اسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عصب درجہ میں بعض درآر ریشے موجود ہوتے ہیں جو دباؤ کے لئے حساس ہوتے ہیں (میلونی: Maloney اور کینیڈی: Kennedy)۔

گیسٹری (Gasserian) عقدہ کا استیصال۔ ناقابل برداشت اور دشوار علاج وجع العصب کے مریضوں کے لئے سرجن کو یہ اختیار ہے کہ وہ یا تو عقدہ میں الکحل کا شراب کر دے یا نیم قمری عقدہ کا استیصال کر دے، اور یا اسکی حسی جڑوں کو کاٹ دے۔ یہ پانچویں عصب کا حسی عقدہ ہے اور اُس حسی عقدہ کا متناظر ہے جو شوکی عصب کی مؤخر جڑ پر پایا جاتا ہے۔ اگلے استیصال پانچویں عصب کے عصبی ریشوں میں انحطاط لازمی طور پر نمودار ہو جاتا ہے۔

جو علیہ بالعموم مراجع دیا جاتا ہے وہ مندرجہ ذیل ہے (دیکھو شکل ۳۵)۔ عذین سے

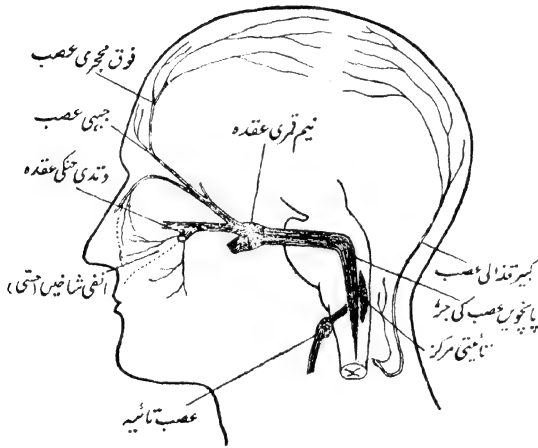
اومیگا (omega) کی شکل کا جلد کا ایک دامن اوپر اٹھایا جاتا ہے، اس دامن کے قاعدہ پر وجہ اور اسکے انحداب پر صدغی حید ہوتا ہے۔ بافتوں کو صدغی حضو کے فرش کی گہرائی تک الٹ دیا جاتا ہے سطحی اور عمیق صدغی عروق کا باندھنا ضروری ہوتا ہے۔ فلیمان اور وتدی کے جناح کبیریں وجہ کے بالائی کنارہ کے لیول پر ایک عریض تر فانی فتح بنا کر ام جانیہ کو معرا کر لیا جاتا ہے۔ اس کے بعد وسطی سمائی عروق کو جو میدان عملیہ کو محور کرتے ہیں باندھ دیا جاتا ہے۔ ام جانیہ اور صدغی وتدی لختہ کو جو اسکے اوپر واقع ہوتا ہے ہڈی سے اوپر اٹھالیا جاتا ہے۔ اس سے پانچویں عصب کی



کے بہت قریب واقع ہوتا ہے۔ ہر کوئی تلیف جس شمی مرکز پایا جاتا ہے اس عقدہ کے میں اوپر واقع ہوتی ہے (شکل ۳۶)۔ جب جانی خلاف کھول دیا جاتا ہے تو دماغی شوکی سیال ہمیشہ نکلتا ہے (کشیگ: Cushing)۔

146

فراز مفصلی (eminentia articularis) جو وجہ کے قاعدہ پر واقع ہوتا ہے اس عقدہ کے محل کے لئے ایک کارآمد رہنما کام دیتا ہے۔ جب وسطی حفرہ کھول دیا جاتا ہے اور



شکل ۳۶۔ پانچویں اور دسویں جمعی اور پہلے اور دوسرے منحنی اعصاب کے حسی نواتات کی قربت کو ظاہر کرتی ہے۔

صدی نمونہ اوپر اٹھالیا جاتا ہے تو یہ عقدہ لم ۲ انچ کی گہرائی پر اسی اکیلی مستوی پر چہر مفصلی فراز واقع ہوتا ہے پایا جاتا ہے۔ مگر یہ اس افراز سے زیادہ بلند لیول پر ہوتا ہے۔

ان مختلف اقسام کے دیر بعد کی حقیقت سمجھنے کے لئے جو اس کثرت سے ان رقبہ جات میں پایا جاتا ہے جن کو پانچواں عصب جو عظیم الجسامت ہوتا ہے رسد پہنچاتا ہے۔ اوجاع اعصاب

147

لے اس علیہ کی تشریح کی تفصیل کے لئے دیکھو سرجیکل ٹریٹمنٹ آف فیشل نیورلجیا (The Surgical Treatment of Facial Neuralgia) مصنفہ جے ایچس جونیر لندن ۱۹۰۷ء۔

در در شریقتہ وغیرہ — یہ ضروری ہے کہ اُن حسی نوات کے بعض مرکزی تعلقات سے واقفیت حاصل کی جائے جن پر اسکے دراز ریشہ جات منقطع ہوتے ہیں۔ یہ مرکز نواح مستطیل کے یَرین حصہ تک پھیلا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳۶)۔ اور شوکی رما دی مادہ کے موخر قرن سے جس میں قذالی اور دوسرے عقی اعصاب کے حسی ریشہ جات ختم ہوتے ہیں مسلسل ہوتا ہے۔ اسکے نزدیک ہی عصب تانیہ (vagus) کا حسی نوات ہوتا ہے۔ تانی مرکز کے اختلالات بعض اوقات بیش بہا وُکی وجہ سے پانچویں عصب کے نواتات کو متاثر کر دیتے ہیں! اس سے درد بالعموم اس عصب کے اس تفرع سے جو ام جافیہ میں پایا جاتا ہے منسوب ہوتا ہے۔ پانچویں عصب کی ہر قسمت سے ام جافیہ کو ایک شاخ جاتی ہے۔

(ب) حرکی عصبی رسد

ساتواں عصب عضلات اظہار، بوتی عضلہ (buccinator)، عضلہ منتشرہ (platysma)، اور دو شکی (digastric) عضلہ کے موخر شکم کو رسد پہنچاتا ہے۔ پانچویں عصب کی تیسری قسمت منفی عضلات چانی لامی عضلات (mylo-hyoid) اور دو شکی عضلہ کے مقدم شکم کو رسد پہنچاتی ہے۔

۲۔ نکفی خط

(THE PAROTID REGION)

غده نکفیہ (parotid gland) کا عمیق حصہ نیچے کے جڑے کی فرع (ramus)

کے پیچے ایک معین فضا میں واقع ہوتا ہے (شکل ۳۷)۔ جب سر حالتِ بسط میں ہوتا ہے یا جب فکِ زیرین آگے کی طرف بڑھتا ہے جیسا کہ ٹھڈی کو آگے کی طرف کوٹکا لےنے میں ہوتا ہے تو اس فضا کی جسامت بڑھ جاتی ہے۔ موخر الذکر حرکت میں مقدم موخر سمت میں تقریباً ۱۲ انچ کے برابر افزائش ہو جاتی ہے۔ اور جب سر کو خمیدہ کیا جائے تو یہ کم ہو جاتی ہے۔ جب منہ خوب اچھی طرح سے کھولا جائے تو اس فضا کا نیچے کا حصہ کم ہو جاتا ہے اور جب قذال آگے کی طرف کو پھیلتا ہے تو یہ اوپر کے حصہ میں بڑی ہو جاتی ہے۔ نکفی فضا پر عملیہ کرتے وقت اور اسکا استقصا کرنے میں ان امور کا خیال رکھنا چاہیے

مزید برآں یہ بھی معلوم ہو جائے گا کہ نکیفہ کے التہاب میں ان تمام حرکتوں سے جسکا رجحان اس فضا کو جمیں یہ غدہ واقع ہوتا ہے تنگ کرنے کی طرف ہو بہت سادہ درپیدا ہوتا ہے۔ جبڑے کی فرع میں زائد شیرخوارگی اور پیرائہ سالی میں جو ترچھاپن پایا جاتا ہے انکی وجہ سے یہ فضا بائیں کی فضا کے مقابل میں اقل الذکر حالت میں نسبتاً اور موخر الذکر میں حقیقتہً بڑی ہوتی ہے۔ غدہ کا بیشتر حصہ سطحی ہوتا ہے اور عضلہ مضغیہ کے اوپر پھیلا ہوتا ہے۔

148

شکل ۳-۱۰۰ - افقی تراش جو چہرہ اور گردن کی ایک جانب میں نیچے کے دانتوں کے لیول کے عین اوپر سے گزرتی ہے۔

(براون: Braune)

۱- وجہی شریان - ج - وجہی ورید - ج - لسانی عصب -
 ۲- تھمائی لمفی عصب اور شریان جو جبڑے کی صعودی فرع کے اندر کیلیرف واقع ہیں - ۳- زائدہ ابریہ - ۴- داخلی و داجی ورید مع اعصاب ثانیہ و شوکی شریان - ۵- معین تحت اللسانی کے جو اس کے اندر کیلیرف واقع ہیں - ۶- فوری شریان - ۷- صعودی فرع کے باہر کی طرف عضلہ مضغیہ دکھایا گیا ہے اور اس کے اندر کی طرف داخلی جنبی عضلہ دکھایا گیا ہے۔ آخر الذکر کے اندر کیلیرف عضلہ مضغیہ فوقانی اور لوزہ دکھایا گیا ہے۔



یہ غدہ ایک روا سے جو منحنی روا سے حاصل ہوتی ہے قریبی طور پر محصور ہوتا ہے۔ نکیفی روا کی سطحی تہ بہت کشیف ہوتی ہے اور یہ نیچے کی طرف کو قسبی عضلہ (sterno-mastoid) کے غلاف سے اور آگے کیلیرف کو عضلہ مضغیہ کے غلاف سے مسلسل ہوتی ہے اور کیلیرف یہ وجہ سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اور نیچے کیلیرف یہ گہری تہ سے مل جاتی ہے۔ گہری تہ نازک ہوتی ہے اور اوپر کیلیرف یہ زائدہ ابریہ سے چسپیدہ ہوتی ہے جس سے ابریہ فکی (stylo-maxillary) رابطہ بنتا ہے۔ اور یہ جنبی عضلات اور جنبی زائدہ سے چپکی ہوتی ہے۔ اسلئے یہ غدہ ایک روا کے ایک واضح تہ کے اندر واقع ہوتا ہے جو نیچے کیلیرف سے بالکل بند ہوتا ہے۔ مگر اوپر کیلیرف سے کھلا ہوتا ہے

149

زائدہ ابریہ کی مقدم کور اور داخلہ منجی (internal pterygoid) عضلہ کے منورک رو کے درمیان ردایں ایک رنڈہ ہوتا ہے جس سے نکفی فضا بلعوم کے گرد و نواح کی اقصائی بافت سے ربط و راہ رکھتی ہے۔ یہ ایک بہت مشہور و معروف امر ہے کہ پس بلعومی خراج میں نکفی ورم بہت عام ہوتا ہے۔ اور کئی ایک مثالوں میں پیپ یا کم سے کم اسکا کچھ حصہ ہی نکفی خط کے راستہ سے نکلا گیا ہے ان حالتوں میں یہ بہت اغلب ہے کہ مادہ بلعومی خط میں سے نکفی خط میں اس رنڈہ کے اندر سے گزر جاتا ہو جو ابھی بیان کیا گیا ہے۔

اس ردائی ترتیب سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ نکفی خراج کے براہ راست باہر کی طرف کو جلد میں بڑھنے میں بہت زیادہ مزاحمت پیش آتی ہے۔ یہ خراج اکثر اوپر کی طرف کو اقل مزاحمت کی سمت میں بڑھتا ہوا سدغی یا وجہی غضرات تک پہنچ جاتا ہے، اگرچہ اس رخ میں بھی جاذبہ اس ترقی کو مزاحم آتی ہے۔ یہ اکثر بوقی کہف یا بلعوم کی طرف بھی چلا جاتا ہے اور بعض اوقات یہ ردائے مذکور کے زیرین حدود کو بھاڑ کر گردن میں چلا جاتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہیے کہ یہ غدہ غضروفی منفذ اور جہاں کے فروغ اور دیگر عظمی حصوں سے براہ راست مس کرتا ہے! اور سدغی فکی مفصل سے ایک قریبی علاقہ رکھتا ہے چنانچہ نکفی خراج منفذ مذکور میں تینو رینی (Santorini) کے جبری کی طرح کے شقاق کے راستہ سے جو غضروف میں موجود ہوتا ہے پھٹ چکا ہے۔ یہ اپنی ہم پیلو ہڈیوں کے گرد عظمی التهاب کا باعث بھی ہو چکا ہے اور نیز اس سے سدغی فکی مفصل کا التهاب بھی پیدا ہو چکا ہے۔ بہت سی حالتوں میں جبکہ متعلق فرکو (Virchow) نے اطلاع دی ہے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ پیپ یا پنجویں عصب کی شاخوں کے ساتھ ساتھ چکر کھوپری میں داخل ہو جاتی ہے کیونکہ نیم قمری (semilunar) عقدہ کا ماحول پیپ سے در رنجتہ پایا جا چکا ہے۔

اذینی صدغی (auriculo-temporal) اور عظیم اذینی (great auricular)

اعصاب غدہ مذکور کو رسد حس پہنچاتے ہیں اور ان اعصاب کی موجودگی اور نیز نکفی غدہ کے سخت اور کڑا ہونے سے اس شدید درد کی توجیہ ہوتی ہے جو اس غدہ کے سریع المنو سلعات اور حالت التهاب میں محسوس ہوتا ہے۔ درد اکثر اذینی صدغی (auriculo-temporal) عصب کے ممر کے ساتھ بہت نمایاں طور پر منسوب ہوتا ہے۔ چنانچہ نکفی بالید کے ایک مریض میں جو میرے (فرڈریک ٹریویر کے) زیر علاج تھا درد صیوان الاذن اور صدغہ کے ان حصوں میں پایا جاتا تھا جس کو اس عصب سے رسد پہنچتی تھی۔ نیز منفذ کی گہرائی میں بھی اس مقام پر درد محسوس ہوتا تھا جو اس عصب کی

منفذی شخاع کے داخل ہونے کی جگہ کا متناظر تھا۔ وینچو کے جبرے کے مفصل میں بھی درپایا جاتا تھا جسکو ازینی صدغی عصب رسد پہنچاتا ہے۔

غده میں جو اہم ترین ساختیں پائی جاتی ہیں وہ خارجی سبائی شریان معہ اپنی دو انتہائی

شاخوں کے اور عصب وجہی ہیں۔ خارجی سبائی شریان (external carotid

artery) جبرے کی فرع کے پیچھے اسکے موخر کن رے کے تحتانی اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام انضمام کی بلندی پر پائی جاتی ہے۔ اسکے بعد یہ کھنی غده کی عمیق جانب میں داخل ہو جاتی ہے اور ٹھوڑا سا جھکے کی او باکریلہ قہننے کے بعد سطح کے زیادہ نزدیک آ جاتی ہے۔ اور جبرے کے قندال کے لیول پر اپنی دو انتہائی شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہے۔ اسلئے یہ شریان غده کے تحتانی کنارہ پر داخل نہیں ہوتی اور کھنی فضا کے زیر ترین حصہ سے کوئی حقیقی تعلق نہیں رکھتی۔ علاوہ ازیں یہ عرق فرع کی کور کے متوازی نہیں ہوتا بلکہ کس قدر ترچھے پن کے ساتھ کھنی غده میں سے گزر جاتا ہے۔

کوپری کے قاعدہ میں سے ابری طلی (stylo-mastoid) سوراخ میں سے نکلتے وقت

وجہی عصب (facial nerve) طلی زائدہ کے مقدم کنارہ کے نقطہ وسطی سے ایک انچ گہرا واقع ہوتا ہے۔ اس نقطہ سے آگے کی طرف کو اگر ایک افقی خط چاند کی صعودی فرع کے موخر کنارہ تک کھینچا جائے تو یہ اس عصب کے اصلی تنے کی نشاندہی کرتا ہے (شکل ۳۸)۔ غده کے اندر

جہاں یہ عصب صدغی وجہی (temporo-facial) اور عنتی وجہی (cervico-facial) قسموں میں تقسیم ہوتا ہے وہاں یہ خارجی سبائی (external carotid) شریان اور صدغی فکی

(temporo-maxillary) ورید سے اوپری پایا جاتا ہے۔ جہاں یہ عصب ابری طلی

(stylo-mastoid) سوراخ سے نکلتا ہے اسکے قریب ہی وجہی ٹک (facial tic) کو ٹکسین

دینے کے لئے کھینچا بھی جا چکا ہے۔ طلی زائدہ کے مقدم کنارہ کے وسط سے پہلے انچ آگے کے مقام پر

یہ نہایت آسانی سے ملتا ہے۔ یہ دو شکمی عضلہ کے موخر شکم کے اوپر پایا جاتا ہے جو زخم کی گہرائی

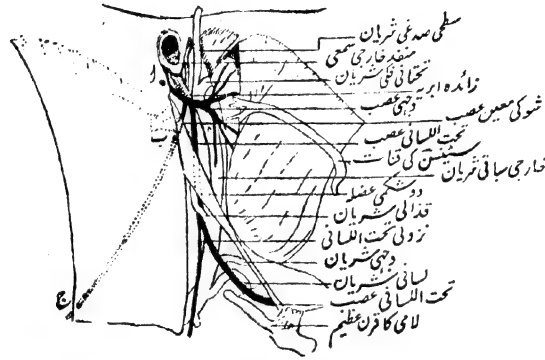
میں اس تک پہنچنے کے لئے رہنما کا کام دیتا ہے۔

عصب وجہی کے کٹنے سے بوقیہ (buccinator) اور عضلات الہار مشلول ہو جاتے

ہیں اور چہرہ صبیح و سالم جانب کو کھینچ جاتا ہے اور آنکھ کھلی ہی رہتی ہے۔ علاوہ ازیں اس میں

چند درآر ریشے بھی ہوتے ہیں جو گہرے دباؤ کے لئے حساس ہوتے ہیں۔ شلل کی حالتوں میں چہرہ کی

حرکت پذیری کو از سر نو قائم کرنے کے لئے سر جنوں نے متعدد مثالوں میں وجہی تئے کو کسی قریب جوار کے عصب کے تنے سے ٹانگ دیا ہے۔ جو اعصاب فغقب کئے جاتے ہیں وہ شوکی معین (spinal accessory) اور تحت اللسانی (hypoglossal) ہیں (شکل ۳۸)۔ ایک حالت میں تو عضلات اطہار اسوقت فعل کرتے ہیں، جب عضلہ منخرنہ (trapezius) اور قصبی عضلہ (sterno-mastoid) کو استعمال کیا جاتا ہے۔ اور دوسری حالت میں یہ اسوقت فعل کرتے ہیں جب زبان کو حرکت دیجاتی ہے۔



شکل ۳۸۔ وجہی، شوکی معین اور تحت اللسانی اعصاب کی سطحی تریسہیں۔
 ۱۔ حلی زائده کے کنارہ مقدم کا نقطہ وسطی۔ ج۔ وہ نقطہ جو قصبی عضلہ کے مقدم کنارہ پر زائده حلیہ سے ایچ نیچے واقع ہے۔ ج۔ قصبی عضلہ کے موخر کنارہ کا نقطہ وسطی۔
 ج کے اوپر طلسم کا مستعرض زاویہ ظاہر کیا گیا ہے۔

152

کچھ عرصہ کے بعد مریض ان حرکات کو جو اس طرح نامناسب طور پر ظاہر ہو جاتے ہیں علمدہ علمدہ عمل میں لاسکتا ہے۔ وجہی عصب سے ایسے مقام خروج پر موخر اذینی (posterior auricular) شاخ ٹھکر کان کے عضلات کو چلی جاتی ہے اور شاخچے ٹھکر دو ٹھکر کے موخر ٹھکر اور ابری حلی (stylo-hyoid) عضلہ کو پہنچ جاتے ہیں۔

تکفیه کے سلعات میں غضرونی بافت کے موجود ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ یہ ایک معروف و مشہور امر ہے کہ کن پھیٹ (mumps) کے بعد انتقالی خراجات خصیتین میں کافی عام طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس سلسلہ میں یہ ایک اہم امر ہے کہ خصیتین ہڈی کے علاوہ جسم کے ان

چند حصوں میں سے ہیں جنکی نوبالیدوں کے اجزائے ترکیب میں مضروفی مادہ اکثر شامل ہوتا ہے۔
نکھنی کا التهاب شکم اور حوض کے نقرات اور امراض کے بعد خاص طور پر کثرت سے
پایا جاتا ہے۔ مزید برآں یہ بعض نوعی تپوں کے بعد بھی اور زیادہ نکھنی کے ساتھ تپ محرقہ
کے بعد بطور عاقبہ کے بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ یہ خاص کر اس وقت نمودار ہوتا ہے جبکہ
مریض کو دودھ کی سی نرم غذا دیجارہی ہو اور اسکا منہ صاف نہ رکھا گیا ہو۔ مرأت منہ سے
منشر ہوتی ہے اور یہ ثابت کیا جاسکتا ہے کہ یہ پہلے زیادہ تر گرد قناتی ہوتی ہے۔

بہت سے لمفی غدود غده نکھنی کی سطح پر اور اسکے جسم میں واقع ہوتے ہیں۔

اور یہ چاندنی کے وجہی اور جداری خطوں، مجر، انفی حفرہ جات کے موخر حصہ، اوپر کے جڑے
اور بلعوم کے پھیلے اور اوپر کے حصہ سے لمف وصول کرتے ہیں۔ ان غدود کے کلانی یافتہ ہونے سے
ایک قسم کا ”نکھنی سلعہ“ بنتا ہے۔

نکھنی (Stenon's) قنات (شکل ۲۸) تقریباً ۲ ۱/۲ انچ لمبی

ہوتی ہے اور اسکا قطر ۱/۸ انچ ہوتا ہے۔ اسکا دھنہ اسکا تنگ ترین حصہ ہوتا ہے۔ عضلہ مضغیہ
(masseter) کے مقدم کنارہ پر یہ قنات دفعۃً اندر کی طرف مڑ کر عضلہ بوقیہ (buccinator)
کو منقب کرتی ہے! اور یہ خم اتنا اچانک پیدا ہوتا ہے کہ قنات کا بوقی قطعہ بعض اوقات مضغی
قطعہ پر تقریباً ۹۰ درجہ پر واقع ہوتا ہے۔ جب منہ کی طرف سے قنات میں سلائی گزاری جائے تو
اس خم کا خیال رکھنا چاہئے۔ یہ قنات اوپر کی دوسری ڈاڑھ کے لیول پر ایک حلیہ کی چوٹی پر نکلتی ہے
عضلہ مضغیہ میں سے قنات کا ممر ایک خط سے ملتا ہے کہ اسکا نامہ بوشنچہ (concha) کے زیرین حاشیہ سے
اس نقطہ تک کھینچا جائے جو جناح الانف اور لب کے مخرج حاشیہ کے درمیان عین وسط پر واقع
ہوتا ہے۔ یہ وجہ کے نیچے ایک انگلی کے عرض کے فاصلہ پر واقع ہوتی ہے اور متعرض بھی (transverse)
(facial) شریان کے اوپر اور عصب وجہی کی زیر مجری شاخیں اسکے نیچے ہوتی ہیں۔ یہ قنات جلد
کے نیچے نشق بھی ہو جاتی ہے اور ریت و عابدر ہو جاتا ہے۔ اس قنات کے زخموں سے ریتی ناسور
کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ قنات کے بوقی حصہ کا کم از کم نصف حصہ عضلہ بوقی کے جسم میں
مدفون ہوتا ہے۔ جب ریتی ناسور عضلہ بوقیہ (buccinator) پر واقع ہو تو یہ بعض اوقات

غده نکفہ کو یا اسکے اس حصہ کو جزائہ نکفہ (soccia parotidis) کے نام سے موسوم ہے متاثر کر دیتا ہے۔ الہابی حالتیں منہ سے قنات کے ساتھ ساتھ منتشر ہو کر نکفہ تک پہنچ سکتی ہیں۔

۳۔ اوپر اور نیچے کے جبرے اور

ان کے متعلقہ حصے

فک (Maxilla)۔ (فکی جوف کے لئے دیکھو صفحہ 129) اور حنک العصب کے لئے دیکھو صفحہ 179)۔ اس ہڈی میں اسکے چھوٹے پن اور اسکے عجیب طرح کو کھلا ہونے کی وجہ سے بہت آسانی سے کسر واقع ہو جاتا ہے۔ چونکہ یہ ہڈی کثیر العروق ہوتی ہے اسلئے شدید تضررات جنہیں بہت ماحرم ضائع ہو چکا ہو اکثر حیرت انگیز طریقہ سے مندل ہو جاتے ہیں۔ اسکے کو کھلے پن اور ان کہفجات کی وجہ سے جنگی حدود بندی میں یہ مدد دیتا ہے چہرہ کے عمیق حصہ میں غلیظ البسات اجسام غریبہ کا امتیاس ممکن ہو جاتا ہے۔ اس ہڈی میں بعض اوقات وسیع تنخر واقع ہو جاتا ہے، جیسا کہ یہ دیاسلائی کے کاغذ انوں میں کام کرنے والوں میں دیکھا جاتا ہے جو سفید فاسفورس کے دضان کے معرض اثر میں رہتے ہیں۔ تنخر کی ایک حالت میں جو خسرو کے بعد نمودار ہوئی یہ شکایت پیش فکی (premaxillary) یا فنیی (incisive) ہڈی تک ہی محدود تھی۔

فک (maxilla) کے گرد عظمہ کارجمان گرد مجھے کی طرح نئی ہڈی کی تکوین کی طرف نہیں ہوتا۔ اوپر کے جبرے کے تنخر کی معمولی حالتوں میں ہڈی میں تجدید پیدائش نہیں پائی جاتی۔ اور رخنہ مستقل طور پر باقی رہ جاتا ہے۔ چنانچہ میں گرد عظمہ جدید ہڈی با فراط پیدا کر دیتا ہے۔ اور بعض اوقات ٹٹے بڑے (وسیع) نقصانات پورے ہو جاتے ہیں۔ مگر یہ امر قابل ذکر ہے کہ چند سال گزر سنے پر اس نئی ہڈی کے ایک بہت وسیع حد تک بار دیگر منجذب ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

استیصال فک (excision of the maxilla)۔ یہ ہڈی محل سلعہ ہونے کی وجہ سے بعض دیگر حالتوں کے تحت اکثر ہٹا ہ دور کیجا چکی ہے۔ عمل میں جو عظمی تعلقات کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں:۔ (دیکھو شکل ۲۷ صفحہ 117 اور شکل ۳۳ صفحہ 140)۔ (۱) وہ تعلق جو مجھ

کے باہر کی طرف عظم عارضی (malar bone) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ (۲) انفی (جہمی: frontal) زائده کا تعلق جو جہمی، انفی اور دمی ہڈیوں کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ (۳) مجہری صفحہ کے وہ تعلقات جو مصفائی اور تنک (palate) کے ساتھ پائے جاتے ہیں (مجہری صفحہ اکثر باقی چھوڑ دیا جاتا ہے یا مجہری حاشیہ کے نزدیک سے کاٹ دیا جاتا ہے)۔ (۴) مقابل کی ہڈی اور تنک کے ساتھ جو تعلق منہ کی نیچت میں پایا جاتا ہے۔ اور (۵) پیچھے کی طرف کا وہ تعلق جو عظم الحنک کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور وہ لہنی چسپید گیاں جو مناجی زائدوں کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔ قبل الذکر چار حالتوں میں ہڈی کی علیحدگی کسی کاٹنے والے اوزار سے عمل میں لائی جاتی ہے اور موخر الذکر حالتوں میں اسے صرف موزکری علیحدہ کر لیا جاتا ہے۔

نرم حصے جو کاٹے جاتے ہیں۔ انکا ذکر تین عنوانات کے تحت کیا جاسکتا ہے۔ وہ حصے (۱) جو پہلے اشکاف میں کٹ جاتے ہیں (۲) جو دامن الثالثے وقت کٹتے ہیں اور (۳) جو ہڈی کو علیحدہ کرتے وقت کاٹے جاتے ہیں۔

(۱) مروجیا وسطی (median) اشکاف سے جو نیچے کے پوٹے کے متوازی شروع کیا جاتا ہے اور ناک کی جانب پر سے جناح الف کے گرد سے لاکر اور کے لب کے وسط تک دیا جاتا ہے مندرجہ ذیل حصے اوپر سے نیچے کی طرف بالترتیب کٹتے ہیں: جلد، سطحی رداء عضلہ محیطہ عینیہ (orbicularis oculi) زیر مجہری (infraorbital) عصب اور شریان کی جفنی شاخیں، رافع شفستہ الاعلیٰ (levator labii superioris) کا کچھ حصہ زاویہ (angular) شریان اور ورید، زیر مجہری (infraorbital) عصب کی انفی شاخیں، ضاغطہ المنخر (compressor naris) (عضلہ الف) (musculus nasalis) ناک کے فاسل اور جنابین کا خافض انفی خضروف کی ہڈی سے چسپیدگی، عضلہ محیطہ الفم (orbicularis oris)، فوقانی اکلیل (superior coronony) شریان اور ورید اور لب کی غشائے مخاطی۔ وہی عصب کی بہت سی شاخیں بھی جو عضلات کو جاتی ہیں کٹ جاتی ہیں۔ (۲) دامن کے لٹانے میں مذکور بالا عضلات کی تقطیع کیجائے گی اور اگر جمہی زائده سالم دور کر لیا جائے تو داخلی جفنی رباط (internal palpebral ligament) بھی ساتھ ہی ہوگا۔ نیز رافع زاویہ (levator anguli oris) اور عضلہ بوقیہ (buccinator) عضلہ مضغیہ (masseter) کے

چند ریشوں اور موربات تنہانیہ کی، جو مجہری صفحہ پر ہوتے ہیں، بھی تقطیع ہوگی۔ زیر مجہری عصب اور شریان اپنے سوراخ میں سے نکلتے ہوئے کاٹے جائیں گے اور اس دامن کے اندر وہی (facial)

شریان اور ورید کے تنے ہستعروض وجہی شریان اور وجہی عصب کا وجہی حصہ بھی ہو گئے۔ (۳) جب زائڈ کو علیحدہ کرنے میں دمی تاج (lacrymal sac) اور زیر بکری (infratrochlear) عصب کو نقصان پہنچ جائے گا اور انفی دمی قفاۃ اور انفی عصب کی خارجی شاخ کٹ جائے گی۔ نیچے سے ہڈی علیحدہ کرتے وقت حنک الصلب کی پوششوں اور حنک اللین کی چسپیدگی کو جو اس کے ساتھ ہوتی ہے کاٹ دیا جاتا ہے بشرطیکہ اس زائڈ کے دور کردینے سے احتراز نہ کیا جاسکتا ہو۔ حنک الصلب کی نرم پوشش کو تقطیع سے علیحدہ کرنے اور اس کو محفوظ رکھنے کی ہر ایک کوشش بے سود ہوتی ہے۔ پیچھے کی طرف زیر مجری عصب کا تنہا بار دیگر کاٹ دیا جاتا ہے (اس وقت یہ وندی حنکی عقدہ کے سامنے سے کاٹا جاتا ہے) اور ساتھ ہی موضعی (posterior dental) اور زیر مجبسی (infraorbital) شریانیں اور وندی حنکی (sphenopalatine) شریان کی بعض شاخیں بھی کاٹ دی جاتی ہیں۔ عمیق وجہی ورید جو جنینی ضغیرہ سے آتی ہے غالباً کٹ جائے گی اور آخر میں حنک (palate) کے نزدیک سے کبیر حنکی عصب (large palatine nerve) اور نزولی حنکی شریان (descending palatine artery) بھی کاٹ دی جاتی ہے۔

اس امر کا خیال رہے کہ اس عمل میں کوئی بڑی شریان نہ کٹنے پائے۔ عظم مغتولی ترقانی (inferior turbinate bone) (تنگلی مغتولی maxillo-turbinal) بھی فک کے رتھ ہی لازمی طور پر چلی آتی ہے۔

چانہ (mandible) یہ ہڈی گھوڑے کے نعل کی شکل رکھنے کی وجہ سے جس سے اس میں کمانی کے بعض خواص پیدا ہو گئے ہیں اور اپنی ساخت کی بستگی اور بہت سی حرکت پذیری کے باعث اور نیز حائل کی طرح درون مفصل غضروفات کے موجود ہونے کی وجہ سے جو اسکے چسپیدہ سروں کی حفاظت کرتے ہیں ایک بڑی حد تک کسر سے محفوظ رہتی ہے۔ یہ ہڈی بالعموم بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہے اور کسر اسکے کسی حصہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ ارتفاق (symphysis) بہت موٹا ہونے کی وجہ سے شاذ و نادر ہی ٹوٹتا ہے فرخ (ramus) اپنی طرفوں کے عضلی گدیوں سے ملفوف ہونے کی وجہ سے محفوظ رہتی ہے۔ اکلیل نما (coronoid) زائڈ ضرب پہنچنے کے خطرہ سے اور بھی زیادہ محفوظ ہے کیونکہ یہ گہرائی پر واقع ہوتا ہے اور وجہ (zygoma) سے اسکی حفاظت ہوتی ہے۔ ہڈی کا کمزور ترین حصہ سامنے کی طرف واقع ہوتا ہے جہاں اسکی قوت ذقنی سوراخ کے موجود ہونے اور کچلیوں کے لئے وقب (sockets) موجود ہونے کی وجہ سے کم ہو جاتی ہے۔ لہذا کسر اس حصے

قریب سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ ہڈی بلا واسطہ ضرب سے ارتفاق کے نزدیک سے یا اسکے اوپر سے بھی ٹوٹ جاتی ہے اور ایسا کسی ایسی ضرب سے یا ہڈی کے اس طرح بھنچ جانے سے ہوتا ہے جس سے فرمین کا رجحان ایک دوسرے کے نزدیک تر ہو جانے کی طرف ہو چنانچہ جب اضمغنی خط پر ضرب لگنے سے خط وسطی پر ٹوٹ چکا ہے۔

اس ہڈی کے کسور میں غیر وضعیت کی مقدار بہت مختلف ہوتی ہے! ورتوت کی نوعیت اور سمت کا اسپر بہت اثر ہوتا ہے۔ مجمل طور پر کہا جاسکتا ہے کہ جب اس ہڈی کا جسم ٹوٹ جاتا ہے تو اس کا مقدم قطعہ جبڑے کے خافضات (دو شکمی عضلہ (digastric) پائیا نیلا (mylo-hyoid) ذقنیہ (genio-hyoid) اور ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) کے عمل سے پیچھے اور نیچے کی طرف کھینچ جاتا ہے اور پچھلا قطعہ جبڑے کے رافعات اضمغنیہ (masseter) عضلہ ضغیمیہ داخلہ (internal pterygoid) اور صدغیہ (temporal) کی وجہ سے اوپر کی طرف کھینچا جاتا ہے جس گھٹنے مخالفی گرد و غلط سے چاڑ کا جو فیزی حصہ پوشیدہ ہوتا ہے وہ عام طور پر پھٹ جاتا ہے اور اس طرح کسور سطحیں ان غفونی حالتوں کے معرض اثر میں آجاتی ہیں جو معینہ میں موجود ہوتی ہیں۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ چانیہ لاسیہ (mylo-hyoid) دونوں قطععات سے چسپیدہ ہوتا ہے اور اس سے غیر وضعیت میں ترمیم ہو جائے گی۔ فرع کے کسور میں شا ذونا درہی زیادہ غیر وضعیت پائی جاتی ہے۔ کیونکہ عضلی بافت دونوں قطعوں سے تقریباً مساوی طور پر ہی چسپیدہ ہوتی ہے۔

اس ہڈی کے جسم کے کسور میں سنی (dental) عصب تضرر سے اکثر حیرت انگیز طور پر بچ جاتا ہے، اور اسکی توجیہ یہ فرض کر لینے سے کیجاتی ہے کہ ہڈیوں میں اتنی غیر وضعیت واقع نہیں ہوتی جس سے یہ عصب پھٹ سکے۔ مگر حادثہ کے ہفتوں بعد ایسا ہوا ہے کہ یہ عصب نامی دشبذ (callus) سے استقدر مضبوط ہو گیا ہے کہ اس کا فعل زائل ہو گیا ہے۔ ایک یا دونوں قندال نما زائڈ سے (condyloid processes) ٹھڈی کے بل گرنے یا اس پر چوٹ کھانے سے اکثر ٹوٹ چکے ہیں۔

چانوی (mandibular) (صدغی فکی) (temporo-maxillary) مفصل

مفصل کو ایک کیسہ سہارا دیتا ہے جسکی دہازت مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ کیسہ کا سب سے زیادہ موٹا حصہ خارجی حصہ ہوتا ہے (صدغی چانوی: temporo-mandibular یا چانیہ lateral: رابطہ) اور اسکے بعد موٹائی میں اندرونی حصہ ہوتا ہے اور کیسہ کے مقدم اور موخر حصے

باریک ہوتے ہیں اور مقدم حصہ خاص کر بہت باریک ہوتا ہے۔ چنانچہ جب اس مفصل میں تقطیع واقع ہو جاتا ہے تو اس جوڑ کی خارجی جانب سے پیپ کے بٹکنے کا سب سے کم امکان ہوتا ہے۔ اور کیسے کے مقدم حصہ سے اس کے خارج ہونے کا احتمال سب سے زیادہ ہوتا ہے، اگرچہ یہ حصہ بہت بڑی حد تک خارجی جنبی (external pterygoid) عضلہ کی چسپیدگیوں سے بھی محفوظ ہوتا ہے۔

جرے کے قندال کے عین پیچھے عظمیٰ منفذ ہوتا ہے اور اس سے ذرا اندر کی جانب اذن وسطیٰ ہوتا ہے۔ جرے کے سامنے کی جانب پر سخت ضربات لگنے سے ان ساختوں کو بعض اوقات فرہینچ جاتا ہے۔ یہ معلوم کرنا دلچسپی سے خالی نہ ہوگا کہ اس مفصل کے مضبوط ترین رباط (خارجی جانبی) کا رخ نیچے اور پیچھے کی جانب کو ہوتا ہے تاکہ یہ قندال کی ہر اس حرکت کو جو اس ہڈی کی نازک دیوار کی طرف ہو جو منفذ اور لبل کو محدود کرتی ہے فوراً مزاحمت پیش کرے۔ اگر یہ رباط نہ ہوتا تو ٹھنڈی کی ضرب اس حالت کی نسبت زیادہ خطرناک حادثہ ہوتی۔

اس مفصل کے حرکات عجیب ہیں۔ منہ کھولنے پر یہ مشاہدہ میں آئے گا کہ قندال مفصلی فراز پر آگے اور نیچے کی طرف کو حرکت کرتا ہے اور جرے کا زاویہ پیچھے کی اور اوپر کی سمت میں حرکت کرتا ہے۔ تحتانی سنی سوراخ (inferior dental foramen) سے اگر ایک مستعرض خط کھینچا جائے تو یہ اس حرکت کا تقریباً محور ہوگا۔ چنانچہ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ تحتانی سنی (inferior dental) (جو فیزی: alveolar) اعصاب چانہ میں اقل حرکت کے مقام پر داخل ہوتے ہیں۔ خارجی جنبی (external pterygoid) عضلات قندال کو مفصلی فراز پر سے کھینچ کر منہ کے کھولنے میں سب سے زیادہ حصہ لیتے ہیں۔ ساتھ ہی ٹھنڈی چانی لانی (mylo-hyoid) اور دو شکمی (digastric) عضلات کے انقباض سے منقبض ہو جاتی ہے۔

خلع (dislocation) اس مفصل میں آگے کی طرف کو خلع آسانی سے واقع ہو سکتا ہے۔

یہ بعض اوقات یک جانبی ہوتا ہے اور بعض اوقات دو جانبی۔ موخر الذکر زیادہ عام ہے۔ اور یہ صرف اس حالت ہی میں واقع ہوتا ہے۔ جبکہ منہ اتفاق سے وسیع طور پر کھلا ہو۔ یہ خلع حقیقت میں تقریباً ہمیشہ تشنجی عضلی فعل سے پیدا ہوتا ہے جبکہ منہ کھلا ہو اگرچہ چند واقعات میں یہ بلا واسطہ ضرب مثلاً منہ اچھی طرح سے کھلا ہونے کی حالت میں نیچے کے سامنے کے دانتوں پر نیچے کی سمت میں ضرب لگنے سے بھی پیدا ہوا ہے۔ یہ ہنسنے، جانی لینے اور بہت زور سے تھے آنے کے دوران میں بھی

واقع ہو چکا ہے۔ ایک سے زائد واقعات میں یہ حادثہ اسوقت بھی ہوا ہے جبکہ دندان ساز منہ کا سبیکہ لے رہا تھا۔ منہ کو وسیع طور پر کھولنے کی حالت میں قندال سے بین مفصل یعنی غضروف کے آگے کیلٹرف کو پھسل جاتے ہیں۔ یہ یعنی غضروف مفصل فراز (eminentia articularis) کی مقدم کو تک پھیلا ہوتا ہے جبکہ اسکو وصول کرنے کے لئے غضروف کا استرچرٹھا ہوتا ہے۔ قندال اس فراز کی چوٹی تک کبھی نہیں پہنچتا۔ کیسے کہ تمام حصے سوائے مقدم حصہ کے تنیدہ ہو جاتے ہیں۔ اکیلی زائد بہت متخفف ہو جاتا ہے۔ اب اگر خارجی جنبی (external pterygoid) عضلہ (وہ عضلہ جو اس غلج کا زیادہ تر ذمہ دار ہوتا ہے) زور سے متخفف ہو جائے تو قندال جلدی سے فراز مذکور کے اوپر سے کچھکڑی جہتی حفر (zygomatic fossa) میں پہنچ جاتا ہے اور دروں مفصلی غضروف پیچھے رہ جاتا ہے۔ جدید عمل پر پہنچنے کے ساتھ ہی یہ مدغی (temporal) داخلی جنبی (internal pterygoid) اور مضغی (masseter) عضلات سے اوپر کیلٹرف کو کچھ جاتا ہے اور وہاں کم و بیش مثبت ہو جاتا ہے۔

چانہ کا خلع جزوی (subluxation of the mandible) - یہ نام

جبرے کے خفیف سے اور بالکل غیر مکمل غلج کو دیا گیا ہے جو نازک مستورات میں قلیل الوقوع نہیں۔ یہ دروں مفصلی غضروف کی غیر وضعیت سے پیدا ہوتا ہے۔ اسکا علاج اس غضروف کے استیصال یا اسکو دوخت کے ذریعے مفصل کی ارد گرد کی لیفی سامتوں سے ٹانگ دینے سے کیا جاتا ہے (انٹن ڈیل

Annandale:

چانہ کا استیصال (excision of the mandible) - نیچے کے جبرے

کے معتد بہ حصول کا استیصال منہ میں سے بغیر خارجی زخم کے کیا جاسکتا ہے۔

اس جبرے کے ایک سالم نصف کا استیصال کرنے کے لئے ایک شکاف انتصابی سمت میں نیچے کے لب میں سے گزرتا ہوا ٹھڈی کے سب سے نک دیا جاتا ہے۔ اور پھر اسکو پیچھے کیلٹرف کو جبرے کے تحتانی کنارہ کے ساتھ کھینچ کر فرج کے موخو کنارہ پر سے انتصابی رخ میں اوپر کو لاکر کان کی لو کے قریب ختم کر دیا جاتا ہے۔ جو زخم جیسے کاٹے جاتے ہیں انکو تین عنوانات میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ (۱) وہ پہلے شکاف سے خالق رکھتے ہیں۔ (۲) وہ جو ٹھڈی کی بیرونی سطح کے صاف کرنے سے تعلق رکھتے ہیں۔ (۳) وہ جو ٹھڈی کی اندرونی سطح کے صاف کرنے سے تعلق رکھتے ہیں۔

۱۔ (ا) مقدم انتصابی شکاف میں :- جلد وغیرہ، عضلہ محیطیۃ الفم (orbicularis oris)، تختہانی اکلیلی (inferior coronary) اور تختہانی لبی (inferior labial) عروق تحت ذقنی (submental) شریان کی شاخیں۔ رافعتہ الذقن (levator menti)، ذقنی (mental) عروق اور عصب، مقدم وراجی (anterior jugular) ورید کی بعض چھوٹی چھوٹی شاخیں۔ (ب) افقی شکاف میں :- جلد وغیرہ، عضلہ منتشرہ (platysma)، سطحی عصبی (superficial cervical) عصب (عصبی جلدی عصب: nervus cutaneus colli) کی شاخیں، عصب وجہی کے فوق چانوی حصہ کی شاخیں، وجہی شریان اور مضغیۃ (masseter) کے کنارہ پرا اور عصب وجہی کی تختہانی چانوی (inframandibular) شاخ (یہ لازمی طور پر کاٹی نہیں جاتی)۔ (ج) موخر انتصابی شکاف ہڈی تک نہیں پہنچتا اور یہ صرف غدہ کھنکھہ کی سطح اور عضلہ مضغیۃ کے موخر کنارہ کے کچھ حصہ کو معر کرتا ہے۔

(۲) بیرونی سطح کو صاف کرنے میں مندرجہ ذیل حصص کو بذریعہ تقطیع چھیکے کو اٹا دیا جاتا ہے۔ رافعتہ الذقن (levator menti) اور دو عضلات خافض عضلہ بوقیہ (buccinator) عضلہ مضغیۃ (masseter) [غدہ کھنکھہ کا کچھ حصہ اس پر تعرض واقع ہوتا ہے اور ستعرض وجہی (transverse facial) عروق، عصب وجہی اور سٹینسن (Stenson) کی قنات اس پر سے گزرتے ہیں]، مضغیۃ (masseteric) عروق اور عصب عضلہ غدیہ (temporal muscle)۔ (۳) اندرونی سطح کو صاف کرنے میں :- روٹھی (digastric) عضلہ ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid)، ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) اور چانیہ لامیہ (mylo-hyoid) فوقانی مضیق (superior constrictor) کے چند ریشہ جات، داخلی جنبی (internal pterygoid) عضلہ، تختہانی سنی (inferior dental) (جو فیزی: alveolar) شریان اور عصب چانی لامی (mylo-hyoid) عروق اور عصب، داخلی جانبی (internal lateral) رباط، عضلہ مدغیہ کا بقیہ منتہی، غٹائے مخاطی۔

وہ حصص جن کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے :- عصب وجہی بشرطیکہ موخر انتصابی شکاف کو بہت اوپر لے جائیں۔ داخلی فکی (internal maxillary) شریان، مدغی فکی (temporo-maxillary) ورید، ازینی مدغی (auriculo-temporal) عصب، (یہ وہ ساختیں ہیں جو جبرٹ کے قندال سے بہت قریبی تعلق رکھتی ہیں) خارجی سبانی (external

(carotid) تھریان، عصب لسانی ہنکمی، تحت چانوی (submandibular) اور تحت اللسانی (sublingual) غدود۔ ایسا ہو چکا ہے کہ زیر گرد عظمیٰ استیصال کے بعد تمام کی تمام ہڈی دوبارہ پیدا ہو گئی ہے۔

بدشکلیاں (deformities) نیچے کا جہڑا کبھی بالکل غائب ہوتا ہے اور کبھی اسکے ابعاد بہت قصیر ہوتے ہیں اور کبھی اسکا تکون غیر مکمل ہوتا ہے۔ یہ حالتیں خلقی ہوتی ہیں اور اسکا انحصار چانوی یا پہلی حشری محراب کے جس سے یہ جہڑا بنتا ہے ناقص نمو پر ہوتا ہے۔ انکے ساتھ اکثر خیشومی ناسو (branchial fistulae) مسترد کان کبر الظم (macrostoma) اور اسی طرح کے دوسرے تشوہات پائے جاتے ہیں۔

جہڑوں کے اعصاب۔ اوپر کے دانتوں کو پانچویں عصب کی دوسری قسمت

رسد پہنچاتی ہے، اور نیچے کے دانتوں کو اسکی تیسری قسمت سنی اعصاب کے خراش اور ضررات سے فعل معکوس کے بہت سے تعجب نیز مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ ایسی حالتوں کے متعلق اطلاع دیجا چکی ہے جنہیں نول العین (strabismus) عارضی کوری اور کج گردنی (wry-neck) بوسیدہ دانتوں کی خراش سے پیدا ہوئے ہیں۔ ہلٹن (Hilton) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے جسکو نیچے کے جہڑے کے ایک بوسیدہ دانت کیوجہ سے (جسکو پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے رسد پہنچتی تھی) بہت تکلیف تھی۔ اس میں اس خطہ پر جسکو افونی صدنی (auriculo-temporal) عصب رسد پہنچاتا ہے (یہ بھی تیسری قسمت کی شاخ ہے) سفید بالوں کا ایک قطعہ نمودار ہو گیا تھا۔ نیچے کی تیسری دائرہ کی جڑاں سنی (dental) (چانوی : mandibular) قنال کے بہت قریب واقع ہوتی ہیں۔ لہذا اگر یہ دانت بے احتیاطی سے نکالا جائے تو عصب کے دریدہ ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ بھی دیکھنے میں آیا ہے کہ یہ جڑاں عصب مذکور کو گھیرے ہوئے بھی ہوتی ہیں۔

دانتوں کی بوسیدگی میں اکثر چہرہ اور گردن کی ایک جانب پر بیش حسیت کے رقبہ جات پائے جاتے ہیں۔ سنی بوسیدگی سے پیدا شدہ درد کے بعض قہہ جات جلد کی طرف معکوس ہونے کی توجہ کی تلاش مرکزی عصبی نواتات کے قریبی ایٹلاف میں کرنا چاہئے جنہیں جلدی اور سنی اعصاب جاکر ختم ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۳ صفحہ ۱۴۸)۔ گردنی غشا کے مرض سے درد ہائے بعید پیدا نہیں ہوتے (Head: Head)۔

چہانے کے عضلات پر اکثر تشنج کا حملہ ہو جاتا ہے۔ جسم کے اور کسی حصہ کے عضلات کے کسی گروہ کے عضلات مقابل اتنے کمزور نہیں ہیں جتنے کہ چانوی خط کے ہیں۔ چانہ میں کاٹنے اور پیسنے کی جو بہت سی طاقت موجود ہوتی ہے وہ صدغیہ (temporal) (masseter) مہینہ اور داخلی جنبی عضلہ (internal pterygoid) کی وجہ سے ہے۔ ایسے مقابل عضلات جو چانہ کو منحرف کرتے ہیں یعنی خارجی جنبی عضلہ (external pterygoid)، دوشکمی عضلہ (digastric) چانیہ لامیہ (mylo-hyoid) ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid) انکی صرف خفیفی مزاحمت کر سکتے ہیں۔ چنانچہ جو وقت تشنج کی حالت میں ہوتے ہیں یہ اپنے مقابل عضلات پر فوراً غالب آجاتے ہیں۔ جب تشنج رجعی ہوتا ہے تو دانت بکھنے لگتے ہیں! اور جب تشنج تنشی ہوتا ہے تو منہ زور سے بند ہو جاتا ہے اور ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو فک بستگی (trismus) (دانتی بکھنا) کے نام سے موسوم ہے۔ فک بستگی کراڑے کے اولین علامات میں سے ہے۔ مزید برآں پانچویں عصب کی تیسری قسمت کی کسی ایک شاخ کی خراش سے اسکے پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ چنانچہ بچہ کے دانتوں کی بوسیدگی اور نیچے کی عقل دائرہ کے ٹکھنے کے دوران میں فک بستگی عام طور پر پائی جاتی ہے اوپر کے دانتوں کے سٹ کے عوارض میں یہ بہت کم موجود ہوتی ہے۔ اگر عقدہ گیری (Gasserian ganglion) کا استیصال کرتے وقت پانچویں عصب کی تیسری قسمت کٹ جائے تو متناظر جانب پر عضلات مضغ مشغول وذبول ہو جاتے ہیں۔ مگر تب بھی تندرست جانب کے عضلات جوڑے کے ان ضروری حرکات کو جو نطق اور مضغ سے تعلق رکھتے ہیں سرانجام دے سکتے ہیں۔

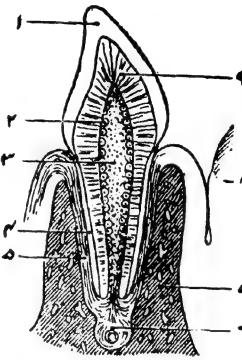
دانت۔ عمر کا اندازہ کرنے کے لئے دانت ٹکھنے کے مندرجہ ذیل اوقات

بیان کئے گئے ہیں۔ عارضی دانت زیرین وسطی ثنایا چھٹے مہینے سے لیکر نویں مہینہ تک۔ بالائی ثنایا دس ماہ پر زیرین جانبی ثنایا اور چار پہلی داڑھیں کچھ مہینے بعد۔ بعد ازاں چار یا پانچ ماہ کے وقفہ کے بعد انیاب نکلتے ہیں اور اخیر میں دوسری داڑھیں نکلتی ہیں۔ دوسرے سال کے اختتام پر تمام دانت اپنی اپنی جگہ پر موجود ہوتے ہیں۔ متقل دانت۔ پہلی داڑھیں چھٹے یا ساتویں سال۔ اسکے بعد آٹھویں سال میں ترتیب دائرین و وسطی ثنایا، اور پھر بالائی وسطی ثنایا، اور کچھ عرصہ بعد جانبی ثنایا۔ پہلے ضوا حک نویں یا دسویں سال۔ دوسرے ضوا حک اور انیاب گیارہویں سال کے قریب انہیں سے نیچے کے اوپر کے دانتوں سے پہلے نکلتے ہیں۔ دوسری داڑھیں بارہویں یا تیرہویں سال۔ عقل دائرہ ۱۸ سے ۲۵ سال میں یا اسکے بعد۔

جوفیزی خراج (alveolar abscess) دانت کے سرخ کے قریب بنتا ہے۔

جن دانتوں کا ایک سرخ ہوتا ہے انہیں پیپسرخ کے میزاب کے ساتھ نکل آتی ہے۔ دوسرے دانتوں میں اسکار جمان جو فیزہ کو مشتتب کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ اگر سرخ کا سرا اس مقام کے اندر ہے جہاں غشائے مخاطی مسوڑے پر سے رخسار پر منعکس ہوتی ہے تو خراج منہ میں پھٹ جائے گا۔ لیکن اگر سرخ کا

سرا اس انعکاس کے باہر ہے یا اگر پیپ خط انعکاس کے ورا تر سکتی ہے تو یہ بعض اوقات رخسار میں سے نکل آتی ہے۔ بالائی ثنا یا انیب کا جوفیزی خراج رخسار میں کبھی نہیں پھٹتا۔ جب اسکا تعلق اوپر کی دائروں سے ہو تو یہ بعض اوقات ایسا کرتا ہے۔ جو خراج اوپر کی پہلی دائرہ یا دوسرے مقدم خاصکے کی جڑوں پر بنتا ہے وہ اکثر فکی جوف میں پھٹ جاتا ہے۔ ثنا یا، انیب، اور پہلے مقدم منہ والے کسکی جڑوں اس جوف سے زیادہ دور واقع ہوتی ہیں۔ لہذا جو خراجات ان سے تعلق رکھتے ہیں وہ ثنا و نادر ہی جوف میں پھٹتے ہیں۔ اور جب خراج کا تعلق نیچے کے کسی دانت سے ہوتا ہے تو یہ بعض اوقات رخسار کی جلد میں سے نمودار ہوتا ہے۔



شکل ۳۹۔ ایک ثنید کی تصویر۔

- (۱) مینا۔ (۲) ناہض اسن۔ (۳) مغز۔
(۴) جلبہ مجریہ۔ (۵) گردنی غشا۔ (۶) ہنی
قتال۔ (۷) ڈی۔ (۸) لب۔ (۹) ڈینٹین۔

اوپر کی عقل دائرہ اوپر کے جبرے کے نمودار

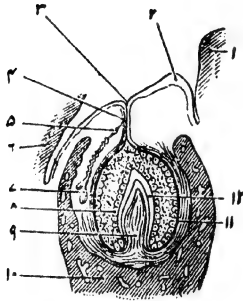
میں اور نیچے کی عقل دائرہ فرع معودی کی اندرونی جانب میں نمودار ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ دائرہ اپنے محل پر ظاہر ہونے میں ناکام رہتی ہیں یا گہرائی میں ہی مدفون رہتی ہیں۔ انکی وجہ سے کبھی کبھی عمیق اور پوشیدہ خراجات پیدا ہو جاتے ہیں جو کمانہ اکثر گردن میں ان کے مبداء سے کچھ فاصلہ پر بنتا ہے۔

دانت کی ساخت۔ دانت مندرجہ ذیل حصوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ (۱) ڈینٹین

(dentine) جسکے اوپر (ج) مینا (enamel) ٹوپی کی طرح چڑھا ہوتا ہے۔ اور مینا کے اندر ایک مرکزی کہنہ مغز ہوتا ہے۔ جسکے اندر (ج) مغز (pulp) ہوتا ہے۔ جبر (root) یا دانت

مدفون حصہ کے ارد گرد ایک غلی تہ ہوتی ہے جو جلبہ حجریہ (crusta petrosa) کے نام سے موسوم ہے۔ اور یہ ایک وقت میں ایک گرد سنی غشا (periodontal membrane) کے ذریعہ سے مثبت ہوتی ہے۔

نمو - مینا (enamel) فم الاصلی (stomodæum) کے برنا ہاض (epiblast)



کی ایک دروں بالید سے لیا رہوتا ہے۔ اور ڈینٹین (dentine) میان ناہضی سنی حلیمہ کی سطح کے اوپر خاص خلیات (سنی ناہضات: odontoblasts) کی فعالیت سے نموداتی ہے جن پر شاخدار زائڈ ہوتے ہیں جو ڈینٹین (dentine) کے انیمیبات میں سے تشع ہوتے ہیں۔ مغز (pulp) سنی حلیمہ کا بقیہ حصہ ہوتا ہے۔ اور شاخدار خلیات سے مرکب ہوتا ہے اور اس میں دانت کا عصب اور اس کی شریان اور ورید ہوتی ہے۔ دوران نمون جنینی دانت ایک سنی ناچس (dental sac) میں ہوتا ہے جو جو فیزہ میں مدفون ہوتا

شکل ۴۰۔ ثنیہ کا نمو جنینی زندگی کے چھٹے مہینے میں۔

۱۔ ایزیریل ۲۔ سوزا ۳۔ میزاب ۴۔ سنی شلیف کا

خطہ ۵۔ جلی دروں بالید ۶۔ زبان ۷۔ مستقل دانت کا

نبتہ ٹینا ۸۔ مینا ناہض (ameloblast)

۹۔ حلیمہ ۱۰۔ چاند کی تراش ۱۱۔ سنی ناچس۔

۱۲۔ دودھ کے دانت کا ٹینا۔

ہے (شکل ۴۰)۔ مستقل دانت ان کلیوں سے پیدا ہوتا ہے جو نامی دودھ کے دانت کی لسانی طرف پر واقع ہوتی ہیں۔ یہاں ایک برنا ہاضی دروں بالید کی پیدا ہوجاتی ہے جس سے آئندہ مستقل دانت کا مینا بنتا ہے۔

مستقل داڑھیں سنی شلیف (dental shelf) کے عقبی تطول سے پیدا ہوتی ہیں پہلی داڑھ دانتوں میں سے پہلا مستقل دانت ہوتی ہے۔ اسکو تقریباً چھٹے سال تک آنا چاہئے۔

سنی سلعات (odontomes) سات یا آٹھ قسم کے ناقص سنی نمو سے نتیجہ

پیدا ہو سکتے ہیں۔ مگر آدمی میں صرف تین قسمیں عام طور پر پائی جاتی ہیں۔ اور وہ یہ ہیں (۱) جراحی سنی سلعہ (follicular odontome) یا حامل سن دویر (dentigerous cyst)

جو سنی ناچہ (dental sac) کے برقرار رہنے سے پیدا ہوتا ہے اور اس میں سنی تاج کا مابقی موجود ہوتا ہے جیسا کہ شعاع نگاری سے ظاہر ہوتا ہے (۲) سرطانی سنی سلعہ (epithelial odontome) یا جبرٹے کا تیفی دویری مرض (fibro-cystic disease of the jaw) جس میں بڑا مضمی عنصر کا نمو غلط طریقہ پر ہوتا ہے جس سے کثیر دویری سلعہ بن جاتا ہے اور (۳) سنی دویرہ (dental cyst) یہ ایک ناشپاتی ناناچہ ہوتا ہے جو کسی سنی سنخ سے چسپیدہ ہوتا ہے جس میں راسی بوسیدگی کے امارات بالعموم موجود ہوتے ہیں۔ موخر الذکر قسم عمومی طور پر ایک الہابی حاصل خیال کیجاتی تھی، مگر اب اسے اکثر سرطانی سنی سلعہ کی ایک قسم تصور کیا جاتا ہے (سجے - جی۔ ٹرنر: J. G. Turner) کیونکہ سیمبیاتی نقطہ نگاہ سے اسکا اسٹرپٹ قامت ملجی خلیات سے مرکب ہوتا ہے۔ جراحی اور عظیم امت سرنطانی سنی سلعات چاہے پر نہایت کثرت سے اثر انداز ہوتے ہیں سنی دویرہ اوپر کے جبرٹے میں کثرت سے واقع ہوتا ہے اور دانت نکالتے وقت اسکی جبرٹے سے چپکا ہوا بعض اوقات سالم باہر نکل آتا ہے۔

بہشت

منہ۔ زبان۔ حنک اور بلعوم

منہ

لب۔ جن بڑی بڑی ساختوں سے لب مرکب ہوتے ہیں انہیں آپس میں باہر کی طرف سے لیکر اندر کی طرف کو مندرجہ ذیل تعلقات پائے جاتے ہیں۔ (۱) جلد۔ (۲) سطحی روا۔ (۳) عضلہ محیطۃ الفم (orbicularis oris)۔ (۴) ثنوی (labial) (اکلیل: coronary) عروق۔ (۵) مخاطی غددا اور (۶) غشائے مخاطی۔

لب کا آزاد کنارہ بہت حساس ہوتا ہے اور بہت سے انتہائی بصلات والے اعصاب یہاں آکر ختم ہوتے ہیں جو لمبی جسمات (tactile corpuscles) کے مشابہ ہوتے ہیں۔ بالائی لب کو پانچویں عصب کی دوسری قسمت حس پہنچاتی ہے اور زیرین لب کو تیسری قسمت۔ ان ثنوی اعصاب کے اوپر اکثر غملہ کی ایک فصل نمودار ہو جاتی ہے (غملہ ثنوی: herpes labialis)۔

لبوں میں بہت سی انصافی بافت موجود ہوتی ہے اور کوئی ننگی یا التهاب یا تہج سے انہیں معتد بہ ورم پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ بہت حرکت پذیر ہوتے ہیں اور ایک معتد بہ فاصلہ تک ہر قسم کی عظمیٰ پسیدگی سے بالکل آزاد ہوتے ہیں۔ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ لبوں کے تباہ کن التهاب اور جرم کے ایسے نقصانات سے جو شدید استراقات میں پائے جاتے ہیں منھ کا بہت سا انقباض

اور بدشکل پیدا ہو جائے گی۔ مزید برآں منہج کے قرب و جوار میں منقبض ہونے والے ندبات سے لبوں کے کمنچے کا احتمال ہوتا ہے جس سے یہ یا تو باہر کی طرف مڑ جاتے ہیں اور یا اسی قسم کی دوسری بدشکلیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ ایک خوش قسمتی ہے کہ منہج کے ارد گرد کی بافتوں کا ڈیھیلان اور اس حصہ کی عمومی عروقیات سے بہت سے ترقیعی علیوں میں جو ان بدشکلیوں کو رفع کرنے کے لئے کئے جاتے ہیں کامیابی حاصل کرنے میں مدد ملتی ہے۔

166

کثیر العروق ہونے کی وجہ سے لب اکثر زامات (naevi) اور دیگر عرقی مملعات کا محل ہوتے ہیں مثلاً شریانی کثیر الجسامت ہوتی ہیں اور ان کا نمضان لب کی جینگی بھرنے سے بالعموم محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ عروق عضلہ محیطہ الفم (orbicularis oris) کے نیچے سے گزرتے ہیں۔ اور اسلئے یہ جلد کی نسبت غشائے مخاطی سے زیادہ نزدیک ہوتے ہیں۔ جب لب کی اندرونی سطح کسی ضرب کی وجہ سے دانت کے مقابل سے کٹ جائے ہے تو ان شریانوں کے زخمی ہوجانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ چونکہ یہ زخم نظر سے پوشیدہ ہوتے ہیں اسلئے ان سے پیدا شدہ زخف کی وجہ سے بعض اوقات تشخص میں غلطی پیدا ہو گئی ہے۔ چنانچہ ایرچسن (Erichsen) ایک مخمور آدمی کا واقعہ بیان کرتا ہے جو ایک ایسے ہی زخم کا موضوع تھا اور جس نے وہ خون جو ایک شفی شریان سے بہتا تھا گل کر خون کی تھکی کی تھی۔ اس کے متعلق کچھ عرصہ کے لئے یہ فرض کر لیا گیا تھا کہ یہ کسی اندرونی ضرب کا مریض ہے۔ چونکہ شفی شریانوں میں نقصان بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں اسلئے جب کبھی شفی شریان کٹ جائے تو اس کے دونوں سروں کو باندھنا بالعموم ضروری ہوتا ہے۔

مخاطی غدود جو زیر مخاطی ساخت میں پائے جاتے ہیں عظیم الجسامت اور کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ ان غدود کی قناتوں کے بند ہو کر متدد ہو جانے سے دودھیا نیلگوں مخاطی دویرے (mucous cyst) پیدا ہو جاتے ہیں جو لبوں پر بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

لب زیرین کی تمغی میلیت اہمیت رکھتی ہے کیونکہ اس کے شکنگر (chancre) کا ایک امتیازی خاصہ یہ ہے کہ زبردستی غدود قبہ نما شکل میں کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں چنانچہ اس چہرہ کا خاکہ عجیب طور پر متغیر ہو جاتا ہے، اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ دو ٹھنڈیاں ہیں۔ مزید برآں نیچے کے لب پر سرطانی سلحہ بھی عام طور پر واقع ہوتا ہے، اگرچہ اُس زمانہ کی نسبت یہ شائد اب قلیل الوقوع ہے جبکہ کھردری نئی والے مٹی کے چھوٹے چھوٹے پائپ زیادہ استعمال کئے جاتے تھے۔ اس کتاب کے ایک سابقہ ایڈیشن میں ٹریویر (Treves) نے یہ بیان کیا تھا کہ ”سرطانی سلحہ جسم کے کسی دوسرے

حصہ کی نسبت نیچے کے لب میں زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ مگر اب یہ بیان صحیح ثابت نہیں ہوتا جبکہ زبان اور مری کا سرطلی سلعہ زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ یہ نیچے کے لب کے عروق لمف ٹھڈی اور نیچے کے جبڑے کی فرع پر سے گزر کر زیر ذقنی (submental) اور زیر چانوی (submandibular) غد میں چلے جاتے ہیں۔ موصوف الذکر میں سے بہت سے زیر فکی (submaxillary) ریتی غد میں مدون ہونے ہیں (دیکھو شکل ۵ صفحہ ۲۲۸)۔

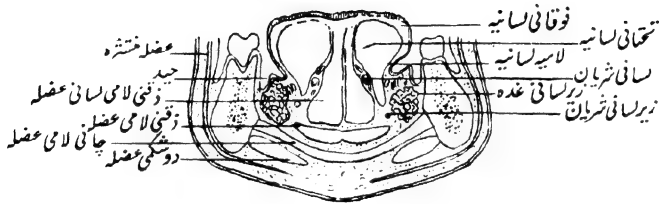
وی ۷ کی شکل کے شکاف کو جو لب کے سرطلی سلعہ اور اسکے لمفی میدان کو علیحدہ کر رکھیے لئے بہت متروج ہے ترک کر دینا چاہئے۔ کیونکہ اس سے ان لمفی عروق کے شامل کرنے میں ناکامی ہوتی ہے۔ زیر فکی غدہ کی طرف جاتے ہیں اور جنہیں سے بعض تو زیر ذقنی خط میں سے گزرتے بھی نہیں۔ شکاف کے اطراف مستحق ہونے کی بجائے منفرج ہونے چاہئیں، گو اس طریقہ سے بعد میں کناروں کے نزدیک لانے میں دقت پیش آتی ہے جسکی وجہ سے سرجن کو ٹھڈی کے ڈھکنے کے لئے ترقیبی ترکیبوں سے کام لینا پڑتا ہے۔ مزید برآں اگر سرطلی سلعہ کچھ دہن کے نزدیک یا اسکے اوپر واقع ہو تو شکاف میں اوپر کے لب کے کچھ حصہ اور رخسار کی ہم پہلو بافتوں کو شامل رکھنا چاہئے تاکہ ان عروق لمف کو جو سرطانی غلیات کے حامل ہیں کاٹنے اور اس طرح مرض کے بار دیگر متعقب ہونے کا خطرہ نہ رہے اس جگہ بھی جیسا کہ دوسرے مقامات پر کیا جاتا ہے ابتدائی بالید اور اس کی لمفی سیلیت کے تمام میدان کو ضرور ایک سالمہ تودہ کی شکل میں کاٹ کر علیحدہ کر دینا چاہئے۔ لہذا یہ ظاہر ہے کہ زیر فکی ریتی غد کا بھی ایک یا دونوں طرف پراثیر کر دینا ضروری ہوتا ہے۔ دونوں غد کا دور کر دینا دانشمندی ہے کیونکہ بعض اوقات عروق لمف زیر ذقنی خط کو عبور کر جاتے ہیں۔ ”ترگو شلی لب“ (hare-lip) نیچے کے لب میں درز دار حنک (cleft palate) کے موضوع میں پایا جاتا ہے۔

خدی کہفہ (buccal cavity)۔ منہ کے اندر کا امتحان کرتے وقت مندرجہ

ذیل امور کا مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ منہ کے فرش پر قید اللسان (frenum linguae) کی ہر ایک طرف تخت اللسانی حلیہ جات (sublingual papillae) و ہارٹن (Wharton) کی قنات کے فحات کے ساتھ دیکھے جاسکتے ہیں۔ ہارٹھولن (Bartholin) کی قنات (جو تخت اللسانی غدہ کی قناتوں میں سے ایک ہے) زیر چانوی (وہارٹن کی: Wharton's) قنات

آخری حصہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے، اور یہ یا تو اسی کے ساتھ مل کر کھلتی ہے اور یا اسکے بہت نزدیک کھلتی ہے۔ یہ قنات خاص طور پر تند و ناپذیر ہوتی ہے۔ اور اس سے اس شدید درد کے محسوس ہونے کی جو اکثر کسی حصّۃ سے مسدود ہو جانے پر پیدا ہوتا ہے کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے۔ اس قنات اور لسانی عصب (lingual nerve) کا قرب بھی بعض حالتوں میں درد کا باعث ہوتا ہے۔ زیر چانوی غدہ غشائے مخاطی کے نیچے سے جڑے کے زاویہ کے ذرا سامنے شناخت کیا جاسکتا ہے، خاص کر جبکہ اسکو باہر سے اوپر کی طرف کو دایا جائے۔ منہ کے فرش پر جو فیروزہ اور زبان کے

168



شکل ۴۱۔ زبان اور چانہ میں سے گزرتی ہوئی تراش، زیر لسانی غده اور لسانی شریان کو ظاہر کر نیچے لئے۔

(پوائیر: Poirier کے مطابق)

مقدم حصہ کے درمیان غشائے مخاطی کا ایک بخوبی نمایاں حید ہوتا ہے، جس کا نام زیر لسانی شنیہ (plica sublingualis) ہے جو زیر لسانی حلیہ کی طرف کو جو قید اللسان کے قریب واقع ہوتا ہے آگے کی طرف اور اندر کی طرف کو ترچے رخ میں جاتا ہے۔ یہ زیر لسانی غده کے محل (شکل ۴۱) اور نیز اپنے تمام طول میں زیر چانوی قنات کے مرا اور لسانی عصب کو ظاہر کرتا ہے۔ یہ ساختیں معہ زیر لسانی شریان کے غشائے مخاطی کے نیچے اس غده اور زبان کی ایک جانب کے درمیان واقع ہوتی ہیں۔ زیر لسانی غده کی قناتیں جو دس سے لیکر بیس تک ہوتی ہیں غشائے مخاطی کے مذکورہ بالا حید کے ساتھ ساتھ منہ میں کھلتی ہیں۔

ضعفہ (ranula) جو مخاطی مشمولات سے ہر ایک ٹیلگوں دویری ملحق ہوتا ہے

زیر لسانی غدہ کے محل پر قید اللسان کی ایک طرف دیکھنے میں آتا ہے۔ اسکی اصل مشتبہ ہے اور اسے مخاطی غدہ یا زیر لسانی غدہ یا بلینڈن (Blandin) اور نوہن (Nuhn) کے راسی لسانی غدہ کی قنات کے اسناد سے مختلف طور پر منسوب کیا جاتا ہے۔ اور گلو سٹن (Galveston) کا باشندہ تھا مسن (Thomson) اس امر کا ثبوت پیش کرتا ہے کہ ضفدعہ (ranula) بعض اوقات عنقی یا تحت الفکی دو بروں کے ساتھ بھی پایا جاتا ہے۔ اور اس حالت میں یہ عنقی جوف (cervical sinus) کے جو نمونہ پانے والی گردن میں دیکھنے میں آتا ہے ایک حصہ کا غیر مسدود باقی ہوتا ہے جو اپنے مناسب محل سے علحدہ ہو کر بارہویں عصب کے تفرع کے عضلات کے زبان میں منتقل ہونیکے دوران میں آگے کی طرف کو چلا آتا ہے۔

جہاں منہ کے فرش کی غنائے مخاطی مسوڑوں پر منعکس ہونے کے لئے آگے بڑھتی ہے وہاں یہ جبرے کے اوپر کے کنارے کے پاس ہی اس سے چسپیدہ ہوتا ہے (شکل ۴۱)۔ یہاں بھی بعض مخاطی غدہ واقع ہوتے ہیں جنہیں بعض اوقات دویرے پیدا ہو جاتے ہیں۔ عضلہ ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) ایک نیچے کے کنارے کے نزدیک چسپیدہ ہوتا ہے۔ ان دونوں ساختوں (غنائے مخاطی اور عضلہ) کے درمیان ٹلو (Tillaux) کے قول کے مطابق ایک چھوٹی سی فضا ہوتی ہے جس کا استر فلسا فی سر حلقہ کا ہوتا ہے۔ اس کہفہ کو زیر لسانی درجہ (sublingual bursa) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ مرکز پر یہ قید اللسان کی وجہ سے مضیق ہوتا ہے۔ اور اس کے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ ”حاد ضفدعہ“ (acute ranula) میں فساد کا مقام یہی ہوتا ہے۔ اس کی موجودگی کی توجیہ ضفدعہ (ranula) کے تھا مسن (Thomson) کے مذکورہ بالا نظریہ سے کی جاسکتی ہے۔

جب منہ کو وسیع طور پر کھولا جائے تو جنبی چانوی (pterygo-mandibular) ربا^ط غنائے مخاطی کے نیچے آسانی سے نظر آسکتا ہے اور محسوس بھی کیا جاسکتا ہے۔ یہ سب سے پھل دار ڈاٹھ کے پیچھے سے ترچے رخ میں نیچے کی طرف کو جاتا ہوا ایک نمایاں شکن کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ جہاں یہ رباط چانہ سے چسپیدہ ہوتا ہے اس سے ذرا نیچے اور سامنے کی طرف لسانی عصب جو ہڈی کے نزدیک اخیر کی داڑھ کے عین نیچے واقع ہوتا ہے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ عصب اس مقام پر جہاں یہ ہڈی سے ملا ہوتا ہے کاٹا بھی جاسکتا ہے اور پچکار کی رسی سوئی سے بھی اس تک رسائی کیجا سکتی ہے۔ یہ عصب اس مقام پر جہاں یہ ہڈی کے ساتھ ملا ہوتا ہے نیچے کی داڑھ کو جو ہڈی سے

طریقہ سے نکالنے میں یہ جھٹے کے پھسلنے سے کھلا جا چکا ہے۔

نیچے کے جبرے کا اکلیل نما زائیدہ (coronoid process) منہ میں سے آسانی سے نکال سکتا ہے اور اس ہڈی کے معلق ہونے پر یہ خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے۔

آخری دائرہ اور چاندنی فرج کے درمیان بعض اوقات ایک اچھی خاصی فضا موجود ہوتی ہے جسے راستہ سے فلک سببی یا جبرے کی جباۃ (ankylosis) کے دوران میں مریض کو غذا

دیجا سکتی ہے۔ خلقی ادمیہ نما اور درقی دویرے (congenital dermoid and thyroid cysts)

170

بعض اوقات منہ کے فرش میں ادنیٰ چھ جبرے کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ایسے دویروں کے متعلق یہ فرض کیا جاتا ہے کہ یہ پہلی حشوی (visceral) یا پس چانوی (postmandibular) درز کے ناقص طور پر بند ہونے سے رونما ہوتے ہیں یا یہ وسطانی درقی بالید کی کسی ضال کلی سے پیدا ہوتے ہیں۔

مسوڑے بسترہ محکم اور کثیر العروق ہوتے ہیں۔ دانت نکالنے پر جو خون نکلتا ہے وہ زیادہ تر انہیں سے خارج ہوتا ہے۔ مسمومیت سیلاب میں مسوڑے خاص طور پر متاثر ہو جاتے ہیں اور نیز سقر بوط (scurvy) میں بھی یہ ماؤف ہو جاتے ہیں۔ سیسہ کی مزمن مسمومیت میں انکے حاشیوں پر اکثر ایک نیلی لکیر ظاہر ہو جاتی ہے۔ یہ لیڈ سلفائیڈ (lead sulphide) کے مسوڑوں کی بافتوں میں فراہم ہوجانے سے مندرجہ ذیل طریقہ سے پیدا ہوتی ہے۔ دانتوں پر جو فاسفل غذا جمع ہو جاتے ہیں انکی تحلیل سے ہائیڈروجن سلفائیڈ (hydrogen sulphide) پیدا ہوتا ہے اور یہ اس سیسہ پر جو خون میں دورہ کر رہا ہے عمل کرنے سے اس مطروح کو پیدا کر دیتا ہے۔ لہذا یہ کہا جاتا ہے کہ یہ نیلی لکیر ان اشخاص میں نہیں ہوتی جو دانت صاف رکھتے ہیں۔ بسمتہ (bismuth) کی مسمومیت میں بھی بعض اوقات اسی قسم کی لکیر پائی جاتی ہے۔

زبان

زبان کی رین سطح پر قید اللسان (frenum) سے ۱/۲ انچ سے کم فاصلہ پر فغنائے خمائی

نیچے صفندی ورید (ranine vein) (رفیق تحت اللسانی: comitans hypoglossi) کا سرا دیکھا جاسکتا ہے۔ غشاء مخاطی کے دوسرے طرف اور شکن دار خط بھی اس عضو کی پرین سطح پر دیکھے جاسکتے ہیں جو زبان کی نوک کی طرف مستقیم ہوتے جاتے ہیں۔ یہ صفندی (ranine) شریان (عمیق لسانی: deep lingual) کے محل کو ظاہر کرتے ہیں، جو ورید کی نسبت جسکے یہ قریب ہی واقع ہوتی ہے زیادہ گہری ہوتی ہے۔ زبان کی مستعرض تراش میں صفندی شریان (ranine artery) نیچے کی سطح ۳ تا ۴ ملی میٹر کے فاصلہ پر زبان کے اسی نصف کی مستعرض تراش کے وسطی اور اندرونی مثلثوں کے مقام اتصال پر پائی جاتی ہے۔ اس امر کا علم زبان کے کسی حصہ کو دروں دہنی طرف متسم سے لسانی شریان کو باندھنے کے بغیر عینہ کرتے وقت مفید ثابت ہوتا ہے۔

زبان کے خلقی نقص نہایت ہی نادر الوقوع ہیں۔ بعض اوقات اسکی نوک میں ایک بے قاعدہ درز موجود ہوتی ہے اور یا اسپر غدی سعدانے موجود ہوتے ہیں جو شاید اُن غد سے پیدا ہوتے ہیں جو زبان کی نوک کے نیچے ضعیف طور پر موجود ہوتے ہیں۔

شاذ حالات میں قید اللسان غیر طبعی طور پر چھوٹا ہوتا ہے۔ اور عقدۃ اللسان (tongue-tie) پیدا ہو جاتا ہے جو حقیقت میں بہت قلیل الوقوع عارضہ ہے۔ عضلہ ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) جو زبان کا خاص عضلہ ہے اور عضلہ ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid) ارتفاق کے ذقنی (genial) (منثل: mental) درز جات سے نکلتے ہیں۔ زبان ان چسپید گیوں کی وجہ سے جو ارتفاق کے ساتھ ہوتی ہیں پیچھے کی طرف گرنے سے رکی رہتی ہے۔ اگر ان چسپید گیوں کو کاٹ دیا جائے تو زبان الٹائی اور گھٹی بھی جاسکتی ہے۔ مکمل عدم حیثیت میں جیسی کہ کلورو فارم سے پیدا ہوتی ہے جب زبان کی تمام عضلی چسپید گیوں کو ہیلی بڑجاتی ہیں تو اسکے پیچھے کی طرف کو گر جانے اور کبھی (epiglottis) کو دبا دینے کا احتمال ہوتا ہے جس سے دم گھٹ جاتا ہے۔

زبان محکم ہوتی ہے اور اسکی بافت گھنی ہوتی ہے۔ مگر پھر بھی اسکی تصانی بافت کافی مقدار میں موجود ہوتی ہے جسکی وجہ سے یہ ملتبہ ہونے پر بہت متورم ہو جاتی ہے۔ سطحی سرطانیہ دبز ہوتا ہے اور اس عضو کے مزمن سطحی التهاب میں یہ اکثر مجتمع ہو جاتا ہے اور گھنی غیر شفاف تہوں کی شکل اختیار کر لیتا ہے مثلاً غصبتۃ اللسان (ichthyosis linguae) اور لکھ (leucoplakia) بیاض (leucoma) وغیرہ۔ ان مخاطی غد سے جو خاص طور پر غشاء مخاطی کے نیچے زبان کے قاعدہ کے نزدیک واقع ہوتے ہیں، مخاطی دیر سے پیدا ہو جاتے ہیں جو بعض اوقات اس حصہ میں دیکھنے میں

آتے ہیں۔

زبان بہت کثیر العروق ہوتی ہے۔ اور اسلئے اس میں اکثر شامی بالیدیں پیدا ہو جاتی ہیں۔

زیادہ تر رسد لسانی **شریان** (lingual artery) سے آتی ہے۔ یہ عرق اس عضو تک اسکی

زیریں سطح سے پہنچتا ہے۔ اور شریان سباتی (carotid) سے عظم لامی (hyoid) کے لیول پر نکلتا ہے اور وسطی مضیق (middle constrictor) کو دوشکی عضلہ (digastric) کے نیچے سے عبور کر کے

عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus) کے نیچے اور عضلہ ذقنیہ لامیانیہ (genio-hyo-glossus) کے اوپر پہنچ جاتا ہے۔ اس مقام پر تحت اللسانی (hypoglossal) عصب اس سے اوپر واقع ہوتا

ہے۔ اور اس سے عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus) کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتا ہے۔ اگر اس مقام پر شریان مذکور کو باندھنا مقصود ہو تو یہ عصب ایک مفید رہنما کام دیتا ہے۔ مگر چونکہ ٹھہری لسانی (dorsalis lingual) شاخ بعض اوقات اس مقام سے اور آگے جا کر نکلتی ہے اس لئے اس

172

شریان کو یہاں باندھنے سے زبان کے موخر حصہ کے جریان خون کو بند کرنے میں ناکامی ہو سکتا تھا۔ لہذا اس عرق کو اس مقام کے قریب جہاں یہ شریان سباتی (carotid) سے نکلتا ہے

باندھنا زیادہ قرین عقل ہوتا ہے۔ لسانی شریان سباتی (carotid) سے علیحدہ مقام پر نکلنے کے علاوہ گاہے گاہے فوقانی درقی (superior thyroid) یا وجہی (facial) شریان کے ساتھ بھی

نکلتی ہے۔ بعض اوقات یہ تینوں شریانیں ایک مشترک تنے سے نکلتی ہیں۔ چونکہ فوقانی درقی (superior

thyroid) شریان کو بلا ضرورت باندھنا مقصود نہیں ہوتا اسلئے جراح کو اس شریان کی ابتدا کو بھی

محرک کر لینا چاہئے تاکہ اسے اس امر کا یقین ہو جائے کہ وہ صرف لسانی شریان کو ہی مسدود کر رہا ہے۔

زبان میں **عصبی رسد** اکثریت سے موجود ہوتی ہے اور عام احساسات اور ذائقہ کے

احساسات دونوں تیز ہوتے ہیں۔ ویبر (Weber) کے مطابق لمسی حس پذیری جسم کے کسی اور حصہ کی نسبت زبان کی ٹوک پر زیادہ تیز ہوتی ہے۔ اس عضو کے موخر ثلث سے دونوں قسم کے معمولی اور

ذایقہ کے ریشے لسانی بلعومی (glosso-pharyngeal) عصب میں جاتے ہیں۔ اور مقدم دوہٹا

کولمسی ریشوں کی رسد عصب لسانی سے ملتی ہے اور ذائقہ کی رسد جل طبعی (chorda tympani)

سے حاصل ہوتی ہے جو عصب لسانی میں مخلوط ہوتا جو نیم قمری عقدہ کے استیصال کے بعد ذائقہ

غیر متاثر رہتا ہے کیونکہ جو ریشے اس جس کو مرانجام دیتے ہیں وہ عصب لسانی میں جبل لمبلی (chorda tympani) کے ذریعہ سے پہنچتے ہیں۔ موزالڈ کو عصب میں سے کچھ حسی ریشہ جات بھی ضرور جاتے ہیں کیونکہ نیم قمری عقدہ کے استیصال کے بعد بھی زبان کے مقدم دو تہائی حصوں میں کسی قدر حس پذیری باقی رہ جاتی ہے اگرچہ درد کی حس پذیری مکمل طور پر غائب ہو جاتی ہے۔ جس رقبہ کو عصب لسانی سے رسد پہنچتی ہے اسکے درد غیر حواریں میں مریض کو منفذہ گوش کے خطہ کے عمیق حصوں میں اکثر شدید درد محسوس ہونے سے تکلیف ہوتی ہے اور جلد کا ایک رقبہ کان سے یکسر جڑے کے نیچے کے کنارے کے ساتھ بعض وقتا الیم ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔ زبان کا مقدم دو تہائی حصہ چانوی محرا (mandibular arch) سے مشتق ہوتا ہے۔ اور منفذہ کی مقدم حد بھی اسی سے طیار ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ زبان کے مقدم حصہ کی عصبی رسد کا جو پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے آتی ہے درد محمولہ اسکے جلدی اختتام میں ہوتا ہے۔ زبان کا موزر دو تہائی حصہ دوسری (لامی: hyoid) اور تیسری حشوی محراوں سے مشتق ہوتا ہے اور اسکا تعلق حنجرہ کے اوپر کی جلد کے الیم رقبہ جات سے ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔

173

مضغی عضلات کا شعبی انقباض بعض اوقات درد غیر لسانی قروح کے ساتھ پایا جاتا ہے جبکہ یہ عصب ذوقی کے خطہ میں پائے جائیں۔ قذالی خطہ کے خراج اور زبان کے نصف حصہ کی لاغری میں بظاہر کوئی تعلق نہیں پایا جاتا مگر سر جیمز پیجٹ (Sir James Paget) نے مندرجہ ذیل واقعہ کی الملاح دی ہے:۔

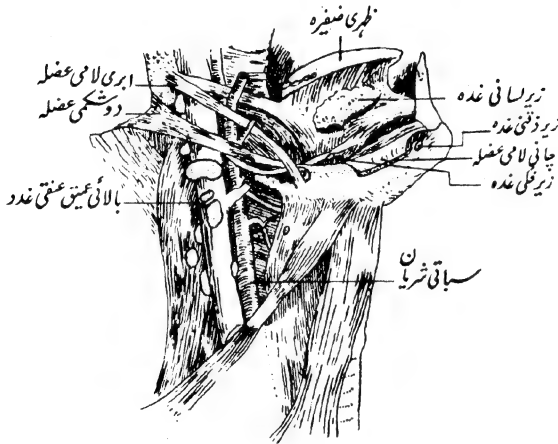
”ایک آدمی کے سر کے پچھلے حصہ پر چوٹ آگئی جو بظاہر شدید نہیں تھی۔ کچھ عرصہ کے بعد زبان کا دایاں نصف لافسہ ہونا شروع ہو گیا اور لاغری ترقی کرتی گئی حتیٰ کہ یہ غیر متغیر جانب کے نصف سے بھی کم رہ گیا۔ اس کے بعد قذال پر ایک خراج بن گیا جس میں سے عظم قذالی کے یں حصہ کے کولے نکالے گئے۔ مردہ لہی کے دور کرنے کے بعد زبان لافتی پہلی حالت پر آنا شروع کر دیا اور ایک ہینڈ میں اسکی حالت تقریباً لمبی ہو گئی۔“

یہاں ذبول لسانی عضلات کی لاغری سے پیدا ہوا تھا جو زیر لسانی (hypoglossal) عصب پر جو عظم قذالی کے مقدم قذالی سوراخ سے نکلتا ہے دباؤ پڑنے سے واقع ہوئی تھی۔ اس واقعہ سے چھوٹے چھوٹے سوراخوں کے اور ان سے جو ساختیں گزرتی ہیں ان کے بھی یاد رکھنے کی اہمیت ظاہر ہوتی ہے۔

زبان میں بہت سی لمفی بافت موجود ہوتی ہے اور اس کا معتد بہ حصہ (لسانی لوزہ: lingual tonsil) اس عضو کے موزر حصہ پر غنائے غمائی کے نیچے مجتمع ہوتا ہے۔ اس بافت کی

بیش پرورش سے بعض اوقات حساس کمبی میں خراش پیدا ہونے کی وجہ سے تکلیف دہ علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ لسانی اور بلعومی غدہ آسافٹ اور حقیقی لوزتین سے حلقوم کی خاکن لے کے ارد گرد لمفی بافت کا ایک مکمل حلقہ بنجاتا ہے۔

لسانی عروق لمف (شکل ۴۲) عظیم الجسامتہ اور کثیر المتعدد ہوتے ہیں اور



شکل ۴۲۔ زبان کے عروق لمف۔

(پوئیر Poirier کے مطابق۔)

سرطانی مسدودات کے منتشر ہونے کے لئے ایک کھلے مجرئی کا کام دیتے ہیں۔ یہ دونوں نظام میں مرتب ہوتے ہیں۔ (۱) سطحی جن سے زبان کی پشت اور اسکے جوانب پر زیر مخاطی بافت میں ایک تہائی کثیر العروق صفیرہ بنتا ہے۔ (۲) عمیق جو زبان کے عضلی نظام میں ایک جال کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں۔ ان دونوں نظام میں آزاد راہ و ربط موجود ہوتا ہے۔ چیٹل (Cheatle) نے یہ دریافت کیا ہے کہ زبان کے سرطان کی حالتوں میں ذقنی لسانی عضلہ (genio-glossus) نمانوی مطروح کا ایک عام مہل ہوتا ہے اور اس نے یہ ثابت کیا کہ خبیث خلیات زبان کے قاعدہ کی سمت میں بہت نیچے تک پائے جاتے ہیں اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ سرطان کا استیصال زبان کی سطح پر اور اسکی گہری بافتوں میں ایک عریض حاشیہ کے ساتھ ضرور کرنا چاہئے۔

ان دونوں نظامات سے لطف برآر عروق کے مندرجہ ذیل گروہوں کے ذریعہ

سے جاتا ہے: (۱) حاشیائی یا جانبی عروق جو زبان کی جانب سے زیر مخاطی ضغیرہ سے باہر جاتے ہیں۔ انہیں سے کچھ غد کے زیر چانوی گروہ میں اور بقیہ بالائی عمیق عنقی گروہ میں جاتے ہیں، (۲) مرکزی عروق جو دو ذقنی لسانی (genio-glossus) عضلات کے درمیان بنتے ہیں اور بالائی عمیق عنقی غد میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں، (۳) راسی عروق جو زیر ذقنی غد اور بالائی عمیق عنقی غد میں ختم ہوتے ہیں، (۴) قاعدی عروق جو زبان کے موثر ثلث میں سے آتے ہیں بالائی عمیق عنقی گروہ میں ختم ہوتے ہیں۔ بڑے بڑے عروق لطف سرطانی غلیات کے حملہ سے مسدود ہو جاتے ہیں اسلئے لطف کو ثانوی گزرگاہیں اور پمپ کے راستے تلاش کرنے پڑتے ہیں اور یہ بھی کچھ عرصہ کے بعد بند ہو جاتے ہیں۔ اس طرح سرطانی حملہ وسیع رقبہ اور بہت سی سمتوں میں پھیل جاتا ہے جو لمبی غد زیر چانوی غد کے اوپر واقع ہیں اور نیز جو اس میں مدفون ہوتے ہیں وہ بھی اور اس غد اور زیر لسانی غد کی لطف آسا بافت ثانوی مطروح کا محل نجاتی ہے۔ مزید برآں زیر ذقنی غد بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔

اس حیرت انگیز خلقی عارضہ میں جو کبر اللسان (macroglossia) کے نام سے موسوم ہے زبان بہت کلائی یافتہ ہو جاتی ہے اور بعض حالتوں میں یہ بہت ہی عظیم الابعاد ہوتی ہے۔ اسکی کلائی کی اصلی وجہ اس کے لمبی مجاری کی بہت ہی تنوع حالت ہے۔ [اسی لئے فرکو (Virchow) نے کہنی لمبی وعائی سلمہ (lymphangioma cavernosum) کا نام تجویز کیا تھا] اور نیز تمام زبان میں لمبی بافت کا افزہ و نہ ہو جاتا ہے۔ جو حصہ نمایاں ترین طور پر متاثر ہوتا ہے وہ زبان کا قاعدہ ہے جہاں عروق لطف بالعموم سب سے زیادہ ہوتے ہیں۔ چند حالتوں میں کبر اللسان (macroglossia) زیادہ تر عضلی ہوتا ہے۔ اور بعض میں دموی عائی (haemangioma) بھی اسکا باعث ہوتا ہے۔

زبان کے قریب کے معین غدوں۔ وہ معین غد جو جسم درقی سے تعلق

لہ عروق لطف کے مفصل بیان کے لئے دیکھو پوائے ریئر (Poirier) کی کتاب "لمفٹکس" (Lymphatics) متر سیل لیف (Cecil Leaf) ۱۹۰۳ء۔

رکھتے ہیں اکثر عظم لامی (hyoid bone) کے قرب وجوار میں پائے جاتے ہیں۔ علاوہ ان میں یہ زبان کے قاعدی حصہ میں سوراخ اعور (foramen cæcum) کے پاس بھی موجود ہوتے ہیں (Makins)۔ بعض کبھی کبھی عضلہ چانیہ لامیہ (mylo-hyoid muscle) سے اوپری ہونے میں اور بعض عظم لامی کے عین اوپر ہوتے ہیں اور بعض گاہ گاہ اس ہڈی کے خالی حصہ میں پائے جاتے ہیں بعض اوقات انہی محلات پر ایسے دورے بھی پائے جاتے ہیں جنکا استرہد بہ دار سر حلقہ کا ہوتا ہے۔ یہ تمام ساختیں اس مرکزی عطفہ کی عنق کا مابقا ہوتی ہیں جو مضغہ میں بلعوم کی اگلی دیوار سے بروز کرتا ہے! درجس سے غدہ درقیہ کی خاکنٹے اور اسکا متصلہ حصہ بنتے ہیں۔ زبان پر کا سوراخ اعور (foramen cæcum) اس مقام کو ظاہر کرتا ہے جہاں سے عطفہ نہ بلعوم سے نکلتا ہے۔ ایسی قناتیں بھی پائی گئی ہیں جو سوراخ اعور سے نکل کر ان معین غدہ تک جاتی ہیں جو عظم لامیہ کے قرب وجوار میں واقع ہوتے ہیں اور جنکا استرہد سر حلقہ کا ہوتا ہے۔ ان غدی اور مرجمی اجتماعات سے جو عظم لامی کے قرب وجوار میں پائے جاتے ہیں گردن کے سرطان کی بعض گہری واقع ہونے والی قسین بھی پیدا ہوتی ہیں۔ انہیں سے بعض خمیث دویروں کی شکل اختیار کر لیتی ہیں جنکا ذکر مصنف نے کیا ہے (Treves Path. Soc. Trans. 1886)۔

176

استیصال - سالم زبان کو دور کرنے کے مختلف طریقہ اختیار کئے گئے ہیں۔

یہ منہ میں سے حرارت رسانی (diathermy) کے چاقو یا قینچی سے دور کیا جاسکتی ہے۔ موزن الذکر عملیہ گردن میں لسانی عروق کو باندھنے کے ساتھ یا باندھنے کے بغیر بھی کیا جاتا ہے۔ مگر اس عضو کی زیادہ گہری چسپیدگیوں کو منہ میں سے جو مقابلہ ایک چھوٹا سوراخ ہے مکمل طور پر معرکہ نامشکل ہے۔ گنجائش بڑھانے کے لئے ایک طریقہ عمل میں رخسار میں شکاف دیا جاتا ہے اور ایک میں نیچے کے لب کو اور نیچے کے جڑے کے ارتفاق کو کاٹا جاتا ہے۔

عملیہ جات کے ایک اور سلسلہ میں عظم لامیہ اور چانے کے درمیان شکاف دیگر زبان تک رسانی کی گئی ہے اور یا اسے مکمل طور پر معراجی کر لیا گیا ہے کاختر (Kocher) نے گردن میں سے زبان کو متکشف کر نیکاطریقہ رائج کیا تھا۔ اس میں جس شکاف سے زبان تک رسانی حاصل کی جاتی ہے وہ کان سے شروع ہو کر قصی حلی (sterno-mastoid) عضلہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ عظم لامی تک جاتا ہے! اور یہاں سے یہ دو ٹکمی عضلہ (digastric) کے مقدم بطن کے ساتھ ساتھ

اور پوکو چلا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے لسانی شریان کو ابتدا ہی میں باندھ کر زف پر مکمل طور پر قابو حاصل کر لینے کے علاوہ بالائی گہرے عقی غدد لمفی غدد اور زیر چانوی اور زیر لسانی غدد کے اوپر کی اور انکے اندر کی بافت کو جو ثانوی سرطانی مطروحات کا مکمل ہوتے ہیں باسانی دور کیا جاسکتا ہے۔

سالم عضو کے دور کرنے میں مندرجہ ذیل ساختیں لازمی طور پر کاٹی جاتی ہیں۔ قید اللسان غشائے مخاطی زبان کے اطراف کے ساتھ ساتھ، لسانی کبی شکل (glosso-epiglottic folds) عضلہ ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus)، عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus)، عضلہ ابریہ لسانیہ (stylo-glossus)، عضلات حنکیہ لسانیہ (palato-glossus muscles) اور فوقانی اور تحتانی لسانی عضلات کے جو عظم لامی سے چسپیدہ ہوتے ہیں چند ریشہ جات، لسانی، لسانی بلعومی اور تحت اللسانی اعصاب کی انتہائی شاخیں، لسانی عروق اور زبان کے اطراف پر اس کے قاعدہ کے نزدیک صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) شریان کی اور وہی شریان کی لوزی (tonsillar) شاخ کی چند شاخیں۔

حنک

(PALATE)

حنک الصلب (hard palate) کی محراب کی بلندی اور شکل مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے۔ جنکو جوانی میں غدودہ (adenoids) کی شکایت رہی ہو انہیں یہ خاص طور پر تنگ اور بلند ہوتی ہے۔ حنک پر جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں انکے سلسلہ میں اس محراب کے خاکہ کو کس قدر اہمیت حاصل ہے۔

حنک مشقوق (cleft palate) حنک اور اوپر کے لب میں درز کے جو

مختلف اقسام پائے جاتے ہیں انکو سمجھنے کے لئے ان حصوں کے نموکا مختصراً اعادہ کرنا ضروری ہے کیونکہ حنک مشقوق (cleft palate) اور "خرگوشی لب" (hare-lip) کے تمام اقسام حصوں کے غیر مکمل اتحاد سے پیدا ہوتے ہیں۔ شکل ۴۳-۱ میں یہ ظاہر کیا گیا ہے کہ عظمی حنک بوقت پیدائش تین عناصر سے مرکب ہوتا ہے: (۱) پیش فکی (premaxillary) (os incivum: عظم تنیق)

جمیر چار شنا یا ہوتے ہیں، (۲) دایاں فکی، (۳) بایاں فکی جن پر دائیں اور بائیں کچلیاں اور دو ذی کی ڈائریمیں ہوتی ہیں۔ یہ تینوں حصے مختلف الاصل ہوتے ہیں۔ پیش فکی حصہ وسطانی انفی زائڈہ (medial nasal process) سے (شکل ۳۱ صفحہ ۱۳۶) اور فکی حصے دائیں اور بائیں فکی زائڈوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان مختلف عناصر کا اتحاد جس سے حنک طیار ہوتا ہے اگلے حصے سے شروع ہو کر پیچھے کی طرف کو جاتا ہے۔ فکی زائڈے حنک کے موخر دو تہائی حصوں میں ایک دوسرے سے



شکل ۳۳ جانبی ثنیہ کا تعلق حنکی درز سے ظاہر کرتی ہے۔

ا۔ حنک الصلب لمبی۔ پیش فک پر نقطے لگے ہوئے ہیں۔ جانبی ثنیہ اسکے اور فک کے درمیان کی درز (suture) میں پایا جاتا ہے۔

ب۔ دو جانبی حنک مشقوق۔ جانبی ثنیہ پیش فک پر درز کی اندر کی جانب واقع ہے۔ ناک کا فاصل فکی ہڈیوں کے درمیان کی درز میں منکشف ہے۔

ج۔ دو جانبی حنک مشقوق۔ جانبی ثنیہ درز کی باہر کی جانب فک پر واقع ہے۔

خط وسطی میں متحد ہو جاتے ہیں۔ مگر اگلے ایک تہائی حصہ میں یہ پیش فکی حصہ سے مل جاتے ہیں۔ چنانچہ خط اتحاد وائی (Y) کی شکل کا ہوتا ہے۔ اور پیش فکی حصہ اسکی دونوں شاخوں پر واقع ہوتا ہے۔ درز اکثر حالتوں میں وائی (Y) کے اصلی تنہ پر واقع ہوتی ہے، یا اس سے صرف حنک الرخوی متاثر ہوتا ہے، یا یہ ایک یا دونوں اطراف پر آگے کی طرف کو جو فیروزہ تک پہنچی ہوتی ہے، جیسا کہ شکل ۳۳ ب اور ج میں ظاہر کیا گیا ہے۔ جانبی ثنیہ پیش فکی اور فکی عناصر کے درمیان کے میزاب میں نمو پاتا ہے۔ اگر حنک مشقوق (cleft palate) کی حالت نمودار ہو جائے تو یہ نمو عناصر بالیدگی کے ساتھ ساتھ علحدہ ہوتے جاتے ہیں۔ اس طرح سے جو درز بخاتی ہے اسکی ایک نہ ایک جانب سے

جانبی ثنیہ کی کلی چپکی ہوتی ہے لہذا بعض حالتوں میں یہ ثنیہ فکی زائدہ پر پایا جاتا ہے اور بعض حالتوں میں فکی پر ہوتا ہے (شکل ۳۴ ج-ج)۔ ہر ایک پیش فک میں بعض اوقات تعظم کے دو مراکز ہوتے ہیں۔ مگر جیسا کہ اکثر کہا جاتا ہے درز تعظم کے مراکز کے عدم اتحاد کا نتیجہ نہیں ہوتی بلکہ حنک کے نوی حصوں کی علیحدگی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ زمانہ طفولیت میں بالیدگی میں جوں جوں ترقی ہوتی جاتی ہے درز زیادہ چوڑی ہوتی جاتی ہے۔

اوپر کے لب کا نمونہ تین عناصر سے ہوتا ہے جن سے کہ حنک کا ہوتا ہے (شکل ۳۱ صفحہ ۱۳۶)۔ اگر حنکی درز جو فیہ تک پہنچ جائے تو لب بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ مگر حنک پر درز موجود ہونے کے بغیر بھی ایک یا دونوں لبوں پر درز واقع ہو سکتی ہے۔ لب کا پیش فکی یا وسطی عنصر ہی اپنی اصل میں دو جانبی ہوتا ہے۔ مگر اسکے دونوں حصوں کی مستقل علیحدگی کا پایا جانا نہایت ہی نادر واقع ہے۔ دو جانبی ترگوشتی لب (hare-lip) میں گاہے گاہے بچے کے لب پر دو ملیمہ جات دیکھے میں آتے ہیں، جو لبوں کے اقتراب کی حالت میں اوپر کے لب کی درزوں میں ٹھیک طرح سے بیٹھ جاتے ہیں۔

جو غشائے مخاطی حنک الصلب کی پوشش ہوتی ہے اس میں ایک عجیب بات

یہ ہوتی ہے کہ وہ اور گردِ عظمہ جو ان ہڈیوں کا خلاف ہوتا ہے تقریباً ایک ہی ہوتے ہیں۔ اس لئے اس غشا کی تقطیع کے بعد ہڈی مبرا ہو جاتی ہے، کیونکہ اس غشائے مخاطی اور گردِ عظمہ کو علیحدہ نہیں کیا جاسکتا۔ یہ غشا خط وسطی میں پٹی ہوتی ہے۔ مگر جانبین پر جو فیہوں کے قریب بہت دبیز ہوتی ہے۔ اور دبازت کی زیادتی کا انحصار زیادہ تر وسطی تہوں کے نیچے مخاطی غدود کی ایک تعداد کے موجود ہونے پر ہے۔ ایسے غدود خط وسطی پر موجود نہیں ہوتے۔ جب حنک الصلب کی نرم پوشش کی تقطیع دامنوں کی شکل میں کی جاتی ہے جیسا کہ مشقوق حنک کے علیہ میں کیا جاتا ہے تو اسکی کثافت اور سختی کی وجہ سے اسکی دست درزی بہت آسان ہوتی ہے۔

سر ریکمن گودلی (Sir Rickman Godlee) نے متعدد واقعات ایسے بیان کئے ہیں جن میں حنک الصلب کے نیچے کی سطح کے موخر حصہ میں ایک عظمی ارتفاع یعنی حنکی منسرق (torus palatinus) پایا جاتا ہے۔ یہ ارتفاع یا عظمی بروں بالیدگی (exostosis) یورپیوں کی نسبت دوسرے اقوام میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ اور سین بلوغ کی ابتدا پر بننا شروع ہوتی ہے۔ یہ حنک کی وسطی درز (suture) کے دونوں اطراف پر ہڈی کے اجتماع سے پیدا ہوتی ہے، اور استثنائی حالتوں میں یہ اچھے خاصے ابعاد اختیار کر لیتی ہے۔

حنک الصلب کی ہڈیوں اور اسکی مخاطی پوشش کی زیادہ تر سرد خون

داخلی فکلی شریان (internal maxillary artery) کی نزولی حنکی (descending palatine) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔ یہ عرق جسے حنک الصلب کا صرف ایک ہی عرق کہا جاسکتا ہے حنک الصلب اور حنک الرخو کے مقام اتصال کے نزدیک اور آخری دائرہ کی اندرونی جانب کے پاس ہی موخر حنکی قنال سے نکلتا ہے۔ اور آگے کی اور اندر کی طرف کو جا کر مقدم حنکی قنال پر ختم ہو جاتا ہے۔ اسکا نبضان حنک پر اکثر واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ حنک الصلب سے مکشط (raspatory) کے ذریعہ سے مخاطی گرد عظمی دامنوں کی تقطیع کرتے وقت یہ نہایت ضروری ہے کہ ابتدائی شکاف غنائے مخاطی میں جو فیہ کے قریب دیا جائے تاکہ یہ دامن شریان مذکور پر مشتمل رہے اور اس وجہ سے اسکی حیویت محفوظ رہے۔ دامن کی تقطیع کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ شریان غنائے مخاطی کی نسبت ہڈی کے زیادہ قریب سے جاتی ہے۔

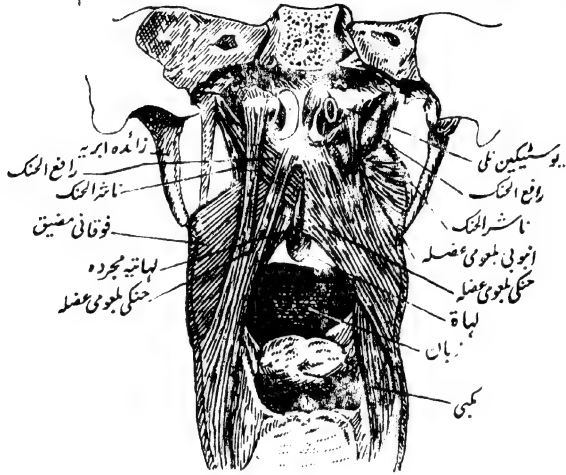
180

حنک الرخو (soft palate) کی دبازت یکساں ہوتی ہے۔ اور اسکی اوسط پیمائش کا

اندازہ تقریباً ۴ انچ کیا گیا ہے۔ اسکی دبازت کا زیادہ تر انحصار مخاطی غد کے ایک طبقہ پر ہے جو اسکی بالائی سطح پر ہوتا ہے۔ اسکا مرکزی اساس ایک وتری پھیلاؤ یعنی حنکی صفاق (palatal aponeurosis) ہے جس میں حنک کے ناشرات ختم ہوتے ہیں اور جسکے ذریعہ سے یہ حنک الصلب کے موخر کنارہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ جب حنک الرخو خلعی طور پر مشقوق ہوتا ہے تو اس شقاق کی کوریں نکلنے کے دوران میں فوقانی مضیق (superior constrictor) کے بالاترین ریشہ جاکے ذریعہ سے ایک دوسرے کے قریب ہو جاتی ہیں۔ اس قرب کی وجہ سے یہ درز تنگ ہو کر نصف یا دو تہائی رہ جاتی ہے۔ جن عضلات کا رجحان درز کو عریض کرنے کی طرف ہوتا ہے ان میں سے زیادہ اہم رافع الحنک (levator palati) اور ناشر الحنک (tensor palati) ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ جب رز کو عملیہ سے بند کرنے کی کوشش کی جائے تو ان عضلات کو کاٹ دیا جائے۔ رافع الحنک (levator palati) خط وسطی کی طرف کو آتا ہوا حنک کو ترچھے رخ میں اوپر نیچے کی اور اندر کی طرف کو عبور کرتا ہے اور یہ مقنعہ (velum) کی زیریں سطح کی نسبت بالائی سطح کے زیادہ نزدیک واقع ہوتا ہے۔ ناشر الحنک (tensor palati) خط منی زائڈ (hamular process)

کے اوپر سے ہو کر گزرتا ہے اور خط وسطی کی طرف کو تقریباً افقی رخ میں چلا جاتا ہے (شکل ۲۴)۔
خطیفی زائیدہ اوپر کی پھجلی ڈاڑھ کے عین پیچھے اور اسکے اندر کی طرف کو حنک الرخو میں سے محسوس
کیا جاسکتا ہے۔ جب مخالمی گرد عظم جسمیں موخر حنکی عروق ہوتے ہیں درز کی دونوں اطراف پر
حنک الصلب پر سے اوپر اٹھایا جاتا ہے جس سے کہ حنک کے افقی صفحہ کا موخر کنارہ منکشف ہو جاتا
ہے تو عملیہ کن انفی جانب پر حنکی صفاق اور اسکے اوپر کی غشائے مخالمی کو عظم الحنک سے ملحدہ کر دیتا،

181



شکل ۲۴۔ حنک الرخو کے عضلات پیچھے سے۔

(بلیک وے: Blakeway)

اور اس امر کی احتیاط رکھتا ہے کہ موخر حنکی قنال اور حنکی عروق تک نہ پہنچے۔ جب صفاق کاٹ دیا
جاتا ہے تو ناشتر الحنک (tensor palati) کا فعل کسی حد تک معطل ہو جاتا ہے۔ رافع الحنک
(levator palati) کے کاٹنے کا بہترین مقام وہ ہے جہاں یہ حنک الرخو کی بالائی سطح میں
غشائے مخالمی کے ایک اٹھے ہوئے ٹکڑن کے اندر سے داخل ہوتا ہے۔ اسکا عصب اسکے بالائی
سرے میں داخل ہوتا ہے اور اس لئے یہ ضرر سے بچ جاتا ہے (بیری اور لیگ: Berry and Legg)۔

چونکہ مناسب تکلم کا انحصار زیادہ تر حنک الرخو کے کافی بڑا اور پکھلا رہونے پر ہے

جس سے کہ انہی بلعوم مرضی کے موافق منہ کی طرف سے بند ہو سکتا ہے اسلئے درز دار حنک پر عملیہ کرتے وقت اس ضرورت کو پورا کرنے کی ضرور احتیاط کرنا چاہئے۔ حنک الصلب کے اندر کے متقب کو مقنعہ (velum) کے صرفہ سے نہ بند کرنا چاہئے۔

حنک الرخو کی رسد خون، داخلی فکی ثریان کی نزولی حنکی (descending)

(palatine) شاخ صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) شریان، اور وجہی (facial) شریان کی صعودی حنکی (ascending palatine) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔ یوں فالڈر عرق مقنعہ (velum) تک عضلہ رافع الحنک (levator palati) کے ساتھ ساتھ آتا ہے اور مذکورہ بالا طریق عمل میں اُس عضلہ کی تراش میں اس کا کاٹنا بھی ضروری ہوتا ہے۔

حنک الرخو کے عضلات کو مختلف اعصاب رسد پہنچاتے ہیں، ارفع الحنک

(levator palati)، عضلہ لہاتیہ فردیہ (azygos uvulae) اور عضلہ حنکیہ بلعومیہ (palato-pharyngeus) کو عضلات بلعوم کے ساتھ شوکی معین (spinal accessory) سے اور عضلہ حنکیہ لسانیہ (palato-glossus) کو عضلات زبان کیساتھ تحت اللسانی (hypo-glossal) سے اور عضلہ ناشرہ حنکیہ (tensor palati) کو عضلہ ناشرہ طبلیہ (tensor tympani) کیساتھ پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے اذنی عقدہ (otic ganglion) کے راستہ رسد پہنچتی ہے۔

بلعوم

(PHARYNX)

بلعوم کا طول تقریباً ۵ انچ ہوتا ہے۔ یہ ایک جانب سے دوسری جانب کو آگے سے پیچھے کی نسبت بہت زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اور عظم لامی کے قرن اعظم کی نوک کے لیول پر یہ بعض بڑا ہوتا ہے۔ یہاں اسکی پیمائش ۲ انچ ہوتی ہے۔ جہاں یہ مری سے غرضہ حلقی (cricoid cartilage) کے لیول پر ملتا ہے وہاں یہ تنگ ترین ہوتا ہے اور اسکا قطر ۳ انچ سے بھی کم ہوتا ہے۔ بلعوم

اتنی بڑی فضا نہیں ہے جتنی کہ یہ فرض کی جاتی ہے۔ کیونکہ (یہ یاد رکھنا ضروری ہے) زمانہ حیات میں اسکو بہت ترچھے رخ میں دیکھا جاتا ہے اسلئے اس کے پیش پس ابعاد کے متعلق بہت مغالطہ خیز خیالات پیدا ہو گئے ہیں۔ دانتوں کی محراب سے لیکر مری کی ابتداء تک کا فاصلہ تقریباً ۶ تا ۷ انچ ہوتا ہے۔ اور اس پیمائش کو اجام غریبہ کے کالئے وقت یاد رکھنا چاہئے۔ بلعوم میں جو اجسام غریبہ داخل ہو جاتے ہیں انکے حلقہ بنی غضروف کے لیول پر اٹک جانے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ اور یہ مقام بالغ میں انگلی کی پہنچ سے ذرا آگے ہوتا ہے۔ بلعوم میں اجام غریبہ کے اٹک جانے کی روئادہ سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ کہف بہت اتساع پذیر ہے۔ اور اس میں بڑی بڑی چیزوں کے کچھ حصہ تک موجود رہنے کی گنجائش موجود ہے۔ بلعوم کی دیواریں کھوپری کے قاعدہ اور اوپر کے چھ عقی فقرات سے علاوہ رکھتی ہیں۔ اطلس (atlas) کی محراب اور حنک الصلب تقریباً ایک ہی خط میں ہوتے ہیں۔ اور محور (axis) اوپر کے دانتوں کی آزاد کور کی سیدھ میں ہوتا ہے۔ بلعوم کا انتہائی سراچھے عقی فقرہ کا متناظر ہوتا ہے۔ جہاں تک مقدم سطح کا تعلق ہے بالائی فقرات کا امتحان منہ میں سے کیا جاسکتا ہے۔ جب بلعوم کے قریب کی ہڈیوں میں مرض نمودار ہوتا ہے تو متعثر حصے اس کہف میں سے خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ اطلس (atlas) اور محور (axis) کے حصے منہ میں سے باہر نکل چکے ہیں۔ نیز قذالی اور وتدی ہڈیوں کے مقابلہ بڑے بڑے ٹکڑے بھی اسی طرح خارج ہو چکے ہیں۔

بلعوم کی غشائے مخاطی عرق دار ہوتی ہے اور باسانی ملہب ہو جاتی ہے اور ایسے التهابات اسلئے کہ انکے حنجروہ کی استری غشائیں تکمیل جانے کا امکان ہوتا ہے، خاص طور پر خط ناک ہونے میں۔ سببچہ نما کبھی شکلوں (aryteno-epiglottic folds) اور بلعوم کے اس حصے کو انکے قرب وجوار میں ہوتا ہے زیر مخاطی بافت خاص طور پر ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور بھیجی حالتوں میں حنجروہ کا بالائی روزن بعض اوقات تقریباً بند ہو جاتا ہے۔

بلعومی عطفہ (pharyngeal diverticulum) گاہے گاہے اس کی

موجودیوار سے اس کے زیر ترین حصہ پر جہاں یہ مری سے مل جاتا ہے یعنی حلقہ غضروف (cricoid cartilage) اور چھٹے عقی فقرہ کے لیول پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہاں یعنی بلعوم کے تنگ ترین حصہ پر کوئی بڑا ساقمہ پیچھے کی طرف کو دب سکتا ہے۔ اور یہ وہ مقام ہے جہاں ممکن ہے کہ

تحتانی مضیق (inferior constrictor) اور مریوی (cesophageal) عضلات کے درمیان کوئی کمزور جگہ موجود ہو اس حالت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلہ میں سے غشائے مخاطی کا فتق پیدا ہو جاتا ہے۔ اور یہ اپنے مشمولات کے دباؤ سے نیچے کی طرف کو بتدریج بڑھتا چلا جاتا ہے۔ یہ ہمیشہ نہیں بلکہ عام طور پر بایں جانب پیدا ہوتا ہے اور انجام کار یہ اتنا بڑا ہو جاتا ہے کہ جس نذیر ورم کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور اسکا منہ بالائی مریوی دہنہ سے بڑا ہو جاتا ہے۔ اور اسلئے غذا اور تشخصی ذراؤں ہر دو کا رجحان مری کی نسبت اس عطفہ میں داخل ہونے کی طرف زیادہ ہوتا ہے۔ اس قسم کے عطفات کے مشمولات بہت بدبودار ہوتے ہیں۔ لہذا عملیہ کرتے وقت اس جیب کو اکثر دو مراحل میں علیحدہ کیا جاتا ہے۔ پہلے مرحلہ میں تاچہ نکشف کر لیا جاتا ہے اور زخم میں سے باہر نکال لیا جاتا ہے اور دوسرے میں آتنا عرصہ گزرنے کے بعد اسے دور کر دیا جاتا ہے جتنا کہ اریبی بافت کے پیدا ہونے اور اتصالی استویوں کے بند ہو جانے کے لئے کافی ہو اس طرح انتشار سرائت جو نیچے کی طرف گردن یا شاید منصف ہائے صدری میں ہو جائے رک جاتا ہے۔

184

بلعوم کی غشائے مخاطی میں بہت سی غدہ آسا بافت (adenoid tissue) منقسم

ہوتی ہے۔ اور التهاب بلعوم (pharyngitis) کے مختلف اقسام میں بھی بافت التهاب کا ابتدائی محل ہوتی ہے۔ انفی بلعوم (nasopharynx) کی چھت میں غدہ آسا بافت کا ایک نمایاں اجتماع یعنی بلعومی لوزہ (pharyngeal tonsil) پایا جاتا ہے (دیکھو صفحہ ۲۸ صفحہ ۱۲۱)۔ یہ دبیر غشائے مخاطی میں مدفون ہوتا ہے اور ناک کے فاصل کے قاعدہ سے لیکر کھوپری کے قاعدی زائده کے نقطہ وسطی تک پہنچتا ہے۔ لوزہ کے مرکز پر ایک ششاق یا انخفاس کا نشان ہوتا ہے جو غشائے مخاطی کے دو یا تین ٹکٹوں سے جنہیں غدہ آسا بافت با فرط موجود ہوتی ہے گھرا ہوتا ہے۔ تقریباً دسویں سال میں یہ اپنی اعظم جسامت تک پہنچتا ہے۔ جانب پر یہ ان گوشوں کی طرف چلا جاتا ہے جو یوسٹیکین (Eustachian) نلیوں کے پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ ان گوشوں کے اوپر تک چلا جاتا ہے اور اس طرح مذکورہ نلیوں کے آزاد فتحو کو بند کر دیتا ہے۔ غدہ آسا بافت کے اس مطروح میں بعض اوقات بیش پرورشی تغیر واقع ہو جاتا ہے اور وہ حالت پیدا ہو جاتی ہے جو ”غده آسا روئیدگی“ (adenoid vegetations) یا ”پس انفی بالیدوں“ (post-nasal growths) کے نام سے موسوم ہے۔ ان بالیدوں سے بہر اپن پیدا ہو سکتا ہے اور بعض اوقات

موخر منخرین بھی بند ہو جاتے ہیں۔ انکو عملیہ سے دور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے اور ان کی رسد چھوٹی چھوٹی شریانوں سے آتی ہے جو داخلی فکی شریان (ویدیوسی: Vidian) اور جنیجی جنکی (pterygo-palatine) اور صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) سے نکلتی ہیں۔ انکی وریدیں بلعومی ضغیر سے ملتی ہیں اور انکے عروق لطف پس بلعومی غد میں سے ہو کر عمیق عنقی غد میں جا کر خالی ہوتے ہیں۔

بلعومی دیواروں کی باہر کی جانب کے ساتھ کی بافت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور یہ انتشار انصبا کی مساعدت کرتی ہے۔ چنانچہ یہ مشاہدہ میں آچکا ہے کہ بلعوم کے حاد التهاب میں انصبا بمری کے ساتھ ساتھ منتشر ہوتا ہوا موخر منصف تک پہنچ جاتا ہے اور نیز ذایا فرام تک بھی بڑھ جاتا ہے۔

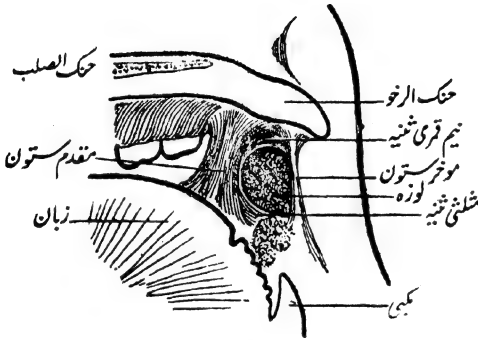
185

بلعوم کے پیچھے جو ڈھیلی ڈھالی بافت موجود ہوتی ہے اسیں پس بلعومی خراج کی

دو اہم قسمیں پیدا ہو سکتی ہیں۔ شکل ۹۴ صفحہ 201 کے متعلق اگر یہ تصور کر لیا جائے کہ یہ گردن کی ایک بلند تر لیول پر کی تراش ہے تو اس سے یہ ظاہر ہوگا کہ بلعوم کے پیچھے کچھ فضائی بافت موجود ہے جس میں عروق لطف اور لمفی غد موجود ہوتے ہیں اور اسکے پیچھے پیش فقری ردا اور پیش فقری عضلات اور عنقی عمود کی ہڈیاں ہیں۔ پس بلعومی خراج خاص کر بچوں میں پیش فقری ردا کے آگے کی لمفی بافت میں پیدا ہو سکتا ہے یا اور یہ بلعومی دیوار کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے جس سے حنک الرخو مخفض ہو جاتا ہے اور یا بھر نمودار ہو جاتا ہے۔ ایسا خراج بالعموم حاد اور غیر تدرئی ہوتا ہے اور ہڈی سے اسکا تعلق نہیں ہوتا۔ اسکو منہ میں سے کھول کر اسکا تخلیک کیا جاسکتا ہے بشرطیکہ سانس کے ذریعہ سے پیپ کے اندر نہ جانے کے متعلق احتیاط کی جائے۔ خراج کی دوسری قسم شوک کے تدرئی مرض سے پیدا ہوتی ہے۔ اور یہ پیش فقری ردا کے پیچھے واقع ہوتی ہے۔ چونکہ خراج کو عفونت دار منہ میں سے کھولنے سے اس میں مخلوط مرآت کا پیدا ہونا یقینی ہوتا ہے جس سے شوک کی مرض شدید ہو جاتا ہے اسلئے دہنی راستہ ہرگز اختیار نہ کرنا چاہئے۔ مولہ بالاشکل کو بار دیگر دیکھنے سے یہ ظاہر ہوگا کہ اس قسم کے خراج کو عضلہ قصیہ حلیمہ (sterno-mastoid) کے پیچھے شکاف دینے اور اس عضلہ اور باقی خلا (carotid sheath) اور پیش فقری ردا کو آگے کی طرف کو کھینچنے کے بعد چھٹی یا پچھری کی ٹونٹی داخل کرنے سے خالی کیا جاسکتا ہے (اور بعد میں بند بھی کیا جاسکتا ہے)۔

بہت سی اہم ساختیں بلعوم کی جانی دیوار سے علاقہ رکھتی ہیں اور انہیں سے زیادہ اہم

داخلی سباتی (internal carotid) شریان عصب تائبہ (vagus) لسانی بلعومی (glosso-pharyngeal) اور تحت اللسانی (hypo-glossal) اعصاب ہیں (شکل ۳، صفحہ ۱۸۴)۔ داخلی سباتی شریان بلعوم کے اتنی نزدیک ہوتی ہے کہ منہ میں انگلی ڈال کر اسکا نبضان محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ اور گردن کی دوسری عمیق ساختیں بعض اوقات ایسے اجسام غریبہ سے جو منہ کے اندر کی طرف سے بلعوم میں سے عنقی بافتوں میں داخل کئے جائیں زخمی ہو سکتی ہیں۔ داخلی وراجمی (internal jugular) ورید بلعوم سے خاص کر اسکے بالائی حصہ میں



شکل ۳۵۔ حلقوم کے ستونوں اور لوزہ کی تصویر۔

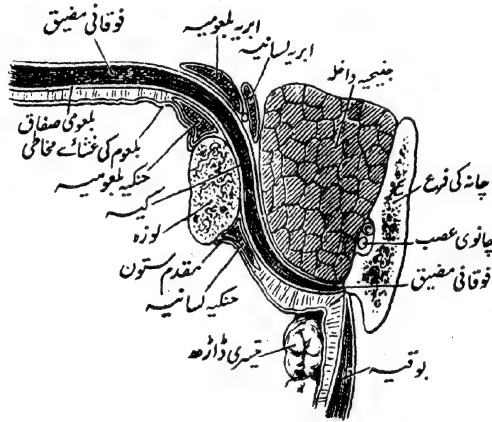
کچھ فاصلہ پر ہوتی ہے (شکل ۳، صفحہ ۱۴۸)۔ زائدہ ابریہ (جس حالت میں کہ یہ نمایاں ہو) اوپر نیز متعظم ابری لائی (stylo-hyoid) رباط بھی لوزہ کے مین پیچھے بلعوم کی جانب پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ ایک سے زائد واقعات میں متعظم رباط غلطی سے جسم غریب تصور کر لیا گیا ہے اور اس کے استیصال کی کوشش کی جا چکی ہے۔

186

لوزہ (شکل ۳۵، ۳۶) مقدم و مؤخر تنگی محرابوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ باہر کی طرف یہ فوقانی مضیق (superior constrictor) عضلہ سے تعلق رکھتا ہے (شکل ۳، صفحہ ۱۴۸)۔ اور جہاں تک اسکی سطح کا تعلق ہے یہ نیچے کے جڑے کے زاویہ کا ملاحظہ ہوتا ہے۔ جب اس میں بیش پروکشن واقع ہو جاتی ہے تو اس تودہ کا رجحان خط وسطی کی جانب بڑھنے کی طرف ہوتا ہے

جہاں اسے کوئی مزاحمت پیش نہیں آتی اور اس کے خارجی تعلقات پر کوئی اثر نہیں پڑتا۔ گردن کا وہ تودہ جو اکثر غلطی سے کلانی یافتہ لوزہ تصور کر لیا جاتا ہے کلانی یافتہ غد سے جو عظم لابی کے قرن اعظم کی نوک پر اور داخلی و راجی (internal jugular) ورید کے اوپر واقع ہوتے ہیں بنا ہوتا ہے۔ یہ غد لوزی عروق لمف وصول کرتے ہیں اور جب لوزی عوارض میں یہ تقریباً ہمیشہ کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔ یہ امر کہ جب عمقی غد و تدرن زردہ ہوتے ہیں تو پہلے پہل

187



شکل ۴۶۔ لوزہ اور اسکے کیسہ اور تونہائے حلقوم میں سے افقی تراشش۔

انہی غد میں کلانی واقع ہوتی ہے لوزہ کے ابتدائی سرایت کا ایک عام محل ہونے کی طرف اشارہ کرتا ہے۔

لوزہ بلعومی دیوار سے اتنی مضبوطی سے چسبیدہ ہوتا ہے کہ یہ بلعومی عضلات کے حرکات متاثر ہوتا ہے (شکل ۴۶)۔ چنانچہ نگلنے کے فعل کے دوران میں فوقانی مضیق عضلا اسکو اندر کی طرف کو حرکت دیتا ہے اور بخلاف اسکے عضلا ابریہ بلعومیہ (stylo-pharyngeus) سے یہ باہر کی جانب کو کھینچ سکتا ہے۔ غد تک جس آسانی سے رسائی ہو سکتی ہے اسکا انحصار بشرطیکہ دوسری حالتیں مساوی ہوں اس امر پر ہے کہ عضلا ابریہ بلعومیہ (stylo-pharyngeus) سے یہ کس حد تک کھینچ سکتا ہے۔

اور مقدم تنکی محراب جو اسکو کسیدر پوشیدہ کرتی ہے کتنی نمایافتہ ہے۔ جس بچہ کی مقدم تنکی محراب نمایاں ہو اور عضلہ تنکیہ لسانہ (palato-glossus) جو اس میں موجود ہوتا ہے۔ کچھ نمایافتہ ہو اور اسکا عضلہ ابریلومبیہ (stylo-pharyngeus) ملا قوتہ سپرائری گولٹین (guillotine) بعض اوقات بہت عرصہ تک کارگر نہیں ہوتا۔ تاہم لوزہ سالم معہ منقسم کسیدہ کے نکالا جاسکتا ہے اور اسے نکالنا بھی اسیدلرچ چاہئے جس حد تک لوزہ ستونوں کے لیول سے اوپر بڑھا ہوتا ہے اس سے اسکی حقیقی جہامت ظاہر نہیں ہوتی (پانی بس: Pybus)۔

لوزہ کی شکل اختلاف پذیر ہوتی ہے اور یہ اکثر تین تودوں میں منقسم ہوتا ہے۔ اکثر اکثر التعلہ طاقہ جات کے علاوہ اسکے بالائی حصہ میں جہاں مقدم اور موخر ستون تک الرخوسے ملتے ہیں ایک گوشہ یا جیب — لوزی گوشہ (tonsillar recess) — بھی ہوتی ہے۔ یہ گوشہ اُس پہلی تنوی درز کا جس میں لوزہ نے نوپا یا تھا بقیہ حصہ ہوتا ہے (سکب ہٹ: Secombe Hett)۔ مقدم ستون سے غشاء مخاطی کا ایک واضح اور باریک شکن جیمپے کی طرف کو جا کر لوزہ پر ختم ہو جاتا ہے۔ شلہ مثلثی (plica triangularis) (شکل ۴۵) — اور ایک اور شکن بھی بعض اوقات لوزی گوشہ کے اوپر سے ستونوں کو لادیتا ہے (شمنیہ ہلالی: plica semilunaris) — لوزہ فوقانی مضیق (superior constrictor) سے ایک باریک لینی کسیدہ کے ذریعہ سے علحدہ ہوتا ہے (شکل ۴۶)۔ اس کے عروق لف عضلہ مضیق کو مشتب کرتے ہیں۔ لوزہ کی دو بڑی قسمیں سلیم کیجا سکتی ہیں: مدفون (embedded) جس میں غدہ آسافات میں ستونوں کے لیول کے نیچے زیادتی واقع ہو جاتی ہے اور منفل (projecting) جس میں یہ زیادتی زیادہ تر تکشف حصہ میں پائی جاتی ہے۔ (ایس۔ ہٹ: S. Hett)۔ کلانی یافتہ لوزہ اکثر بلعوم میں بخونی تخلیل کرتا ہے اور اس کے آزاد دسے کا رقبہ اس کے قاعدہ یعنی مدفون حصہ سے زیادہ ہوتا ہے لہذا لوزہ کو گولٹین (guillotine) کے حلقہ میں داخل کرنے کے لئے حلقہ کو مطلق لوزہ پر نیچے سے اوپر کی طرف کو پور دیا جائے اور پھر اسے اس طرح پھرا دیا جائے کہ چاقو زیادہ انتصابی سمت میں آجائے۔

عاذر (quinsy) میں فوق لوزی گوشہ میں خراج نجاتا ہے اور حکم الرخوم سے یہ نہایت موثر طریقہ سے کھولا جاسکتا ہے۔

جب لوزہ بیش پروردہ ہو جائے تو بہرے پن کی بھی شکایت کی جاتی ہے۔ یہ بہرے پن یوسٹیکین نیلوی (Eustachian tube) کے کلانی یافتہ تودہ کے بلا واسطہ دباؤ سے بند ہو جاتے

پیدا نہیں ہوتا۔ ایسے دباؤ کا پیدا ہونا تشریحی نقطہ نگاہ سے ناممکن ہے۔ مگر عظیم الجسامتہ لوزہ تک لوزہ میں خلل انداز ہونے کی وجہ سے نالی کے انفتاح پر اثر کرتا ہے اور اس کی وساطت سے عضلہ ناشتر الحنک (tensor palati) بھی متاثر ہو جاتا ہے جو یوسٹیکین (Eustachian) نلی کو کھلا رکھنے سے تعلق رکھتا ہے۔ ایسی حالتوں میں بہرا پن دباؤ کے اثرات سے پیدا ہونے کی بجائے غالباً پیش پرورشی عمل کے استمری غشائے پھینچ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ کیونکہ لوزہ کے دور کرنے کے کچھ عرصہ بعد تک بھی اس میں کچھ اصلاح نہیں ہوتی۔

لوزی بافت متعدد طاقیات کے ارد گرد زیادہ تر مجتمع ہوتی ہے (شکل ۴۶)۔ ان گوشہ جات میں مجوس سر حلی ساختوں کے تحلیل ہو جانے سے سانس بدودار ہو جاتا ہے جیسا کہ لوزہ کے کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں اکثر پایا جاتا ہے اور التهاب کے حلو کو بھی جس کے ایسے لوزہ پر ہونے کا احتمال ہوتا ہے شاید یہی تحریک دیتا ہے۔ ان طاقیات میں بعض اوقات حصیات بھی بنجاتے ہیں اور ان سے شنجی کھانسی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں سانی (بلعومی - glosso-pharyngeal) عصب درآسونی کو تنفسی مرکز تک لیجا جاتا ہے۔

لوزہ کثیر العروق ہوتا ہے اور اس کو خون وہی شریان کی لوزی اور حکی شاخوں سے اور داخلہ فکی (internal maxillary) کی نزولی حکی (descending palatine) شاخ سے اور سانی شریان کی شاخ ظہر اللسانی (dorsalis linguae) سے اور صوبی (ascending pharyngeal) سے آتا ہے۔ لہذا لوزہ کو دور کرنے کے عمل میں اکثر بہت سانسزف واقع ہوتا ہے۔ داخلہ سباتی (internal carotid) شریان بلعوم کے قریب واقع ہوتی ہے۔ مگر اس غدہ سے کسی قدر پیچھے ہوتی ہے (شکل ۳، صفحہ ۱۴۸)۔ یہ عرق درحقیقت جسم مذکور سے تقریباً ۱/۲ انچ پیچھے ہوتا ہے اور لوزہ کے استیصال کے دوران میں اس کے زخمی ہونے کا نسبتاً کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ داخلہ وداچی (internal jugular) ورید لوزہ سے معتد بہ فاصلہ پر واقع ہوتی ہے۔ وہی شریان اپنے عنقی درجہ میں لوزہ کے قریب واقع ہوتی ہے۔ اہم عنقی ساختوں میں سے سانی بلعومی (glosso-pharyngeal) عصب لوزہ سے قریب ترین ہوتا ہے۔ مزید برآں صوبی بلعومی عرق بھی اس سے قریبی علاقہ رکھتا ہے۔ اگرچہ یہ عرق چوٹا سا ہوتا ہے مگر اسکا جریان خون ہلک ثابت ہو چکا ہے۔

لوزہ میں اکثر خصیئت بالیدیں مثلاً سر حلی سلعات اور لمفی لحمی سلعات بھی پیدا

ہو جاتے ہیں۔ ایسے سلعات منہ میں سے دور کئے جا چکے ہیں، مگر ان کا تدارک عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) کی مقدم کو رکے ساتھ ساتھ گردن میں شکاف دینے سے زیادہ مناسب طور پر کیا جاسکتا ہے (عملیہ چیور: Cheever's operation)۔

بانبسم گردن

زیر چانوی خط میں جلد ڈھیلی اور باریک ہوتی ہے۔ لہذا منہ کے نزدیک ترقیعی عملیات میں یہ دامن بنانے کے لئے کارآمد ہوتی ہے۔ عضلہ منتشرہ (platysma myoides) اوپر کی طرف جہڑے سے پسیدہ ہوتا ہے اور عقی جلد سے بخوبی ملا ہوتا ہے۔ زیر جلدی شحم کی مقدار گردن کے مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ فوق لامی خط میں اس میں نموکے بافراط پائے جانے کا امکان ہوتا ہے اور اس سے ایک منتشر شحم سلعی مطروح پیدا ہو جاتا ہے۔ جو غبغبہ (double chin) کے نام سے موسوم ہے۔ اسی طرح کے ایک منتشر شحمی تغیر کے زیر قذالی خط میں پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے اور مختص المقام کیسہ بند شحمی سلعات میں کم اور گردن اور فوق ترقوی خط جات میں واقع ہونے کا بہت میلان پایا جاتا ہے۔ یہ سلعات زیر فکی اور سباتی (carotid) منشلتوں میں نادر الوقوع ہیں۔

گردن کی گدڑی پر جلد موٹی اور منضم ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ دیسلوں (furuncles) اور زنب چراغوں (carbuncles) میں جو اس محل پر خاص کر ذیابیطس اور التهاب گردن کے مریضوں میں پائے جاتے ہیں آتنا شدید درد ہوتا ہے۔

سطحی تشریح - عظمی نقاط - مندرجہ ذیل مناظر لیول خاص کر شعاع نگاری کی عکسی تصویروں کے پڑھنے کے سلسلہ میں دلچسپی رکھتے ہیں:-

عظم لامی (hyoid bone) چوتھے عنقی فقرہ اور لسانی شریان کے خارجی سبباتی (external carotid) سے ٹپکنے کے مقام کی متناظر ہوتی ہے۔

درقی غضروف کا بالائی کنارہ چوتھے فقرہ کے بالمقابل مشترک سبباتی (common carotid) کے دو شاخوں میں تقسیم ہونے کے لیول کو ظاہر کرتا ہے۔

حلقی غضروف (cricoid cartilage) ان مقامات کا متناظر ہے: چھٹے عنقی فقرہ کا بالا اور اس مقام کا جہاں مشترک سبباتی شریان عضلہ کتینیہ لامیہ (omo-hyoid) کو عبور کرتی ہے اور فقری شریان کے فقری شریانی مورخ (vertebrarterial foramen) میں داخل ہونے کے مقام کا۔ اور شے سے نیک (Chassaignac) کے سبباتی درنہ کے لیول کا جس کے بالمقابل مشترک سبباتی شریان کو زرف کی فوری ضرورت میں مضبوط کیا جاتا ہے (sternum) کا بالائی حاشیہ دوسرے اور تیسرے لہری فقرات کے درمیانی قرص کے لیول پر ہوتا ہے۔

192

گردن کی پشت پر ایک وسطانی طولی میزاب ہوتا ہے جو قفائینہ (inion) سے لے کر ان فرازات کے درمیان سے جو ہر ایک جانب کے عضلہ منخرس (trapezius) اور عضلہ مرکبہ (complexus) سے بنتے ہیں نیچے کی طرف کو آتا ہے۔ اسکے بالائی حصہ میں گہرا دباؤ ڈالنے سے محور (axis) کا شوک ظاہر ہوگا اور اسکے نیچے وہ جید ظاہر ہوتا ہے جو تیسرے چوتھے پانچویں اور چھٹے عنقی فقرات سے بنتا ہے مگر شوک جات بالعموم فرداً فرداً تمیز نہیں کئے جاسکتے۔ گردن کی چوڑی فقرہ مرتفعہ (vertebra prominens) کا شوک عام طور پر بہت نمایاں ہوتا ہے۔

اطلس (atlas) کا مستعرض زائده زائده حلیہ (mastoid process) کی نوک کے عین نیچے اور سامنے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ شوکی معین (spinal accessory) عصب اس زائده کے اوپر سے یا اس کے نیچے سے گزرتا ہے فوق ترقوی حشرہ (supraclavicular fossa) کے بالائی حصہ میں گہرا دباؤ ڈالنے سے ساتویں عنقی فقرہ کا مستعرض زائده شناخت کیا جاسکتا ہے۔ عضیل گردن کی افقی تراش میں جو چھٹے عنقی فقرہ کے لیول کے قریب سے لیگیٹی ہو اسی فقرہ کا تمام جسم تراش کے مقدم نصف میں دکھائی دیتا ہے۔

خط وسطیٰ - زیر ذقنی (submental) خط میں عظم لامی (hyoid bone) کا جسم

اور قرن اعظم محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور اس سے ایک انگلی کی چوڑائی بھر نیچے درقی غضروف اور

اس سے نیچے حلقی (ericoid) غضروف، ملحق درقی فضا (crieo-thyroid space) اور قصبہ (trachea) شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ قصبہ جوں جوں نیچے اترتا جاتا ہے عقی ہوتا جاتا ہے۔ چنانچہ قص کے بالائی کنارہ پر سطح سے تقریباً ۱ انچ دور ہوتا ہے فتحة المزمار (rima glottidis) درقی غضروف کے مقدم حاشیہ کے وسط کا تناظر ہوتا ہے۔

193

غده درقیہ (thyroid gland) تا وقتیکہ کافی یافتہ نہ ہو بالتحقیق شناخت نہیں کیا جاسکتا۔ اسکی خاکنائے (isthmus) قصبہ (trachea) کے دوسرے تیسرے اور چوتھے حلقوں کو عبور کرتی ہے۔

مقدم و داجی وریدیں (anterior jugular veins) خط وسطی کی ہر ایک جانب پر عضلات قصیلمیہ (sterno-hyoid muscles) پر سے اترتی ہیں۔ یہ زیر چانوی خط میں شروع ہوتی ہیں اور ترقوہ کے اندرونی سرے کے عین اوپر رد اکو منتقل کرتی ہیں اور عضلہ قصبیلمیہ (sterno-mastoid) کے مبداء کے نیچے سے گزر کر خارجی داجی (external jugular) میں ختم ہو جاتی ہیں۔ مقدم درقی وریدیں قصبہ (trachea) کے سامنے خاکنائے کے نیچے واقع ہوتی ہیں۔

گردن کی جانب (شکل ۲) - عضلات - عضلہ قصبیلمیہ

(sterno-mastoid muscle) خاکسکر دبلے اشخاص میں اور جبکہ یہ فعل کر رہا ہو لیکن یاں خصوصیت رکھتا ہے۔ مریض کے ٹھڈی کو دوسری جانب اور نیچے کی طرف کو پھرانے سے جبکہ منحن کاٹا اسکی حرکت کی مزاحمت کر رہا ہو یہ عضلہ نمایاں کیا جاسکتا ہے۔ اسطرح یہ معلوم کیا جاسکتا ہے کہ آیا کوئی زیر بحث ورم اس عضلہ کے نیچے سے گزرتا ہے یا اوپر سے، اور آیا یہ اس سے آزاد ہے یا اس سے چسپیدہ۔ ایک رابطہ شاخ جو داجی ورید سے آتی ہے عام طور پر اس عضلہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے اور مقدم و داجی ورید سے گردن کے نیچے کے حصہ پر مل جاتی ہے۔ اگر اس عضلہ کے قصبی اور ترقوی حصوں کے درمیانی وقفہ میں سے جو بالعموم بخوبی نمایاں ہوتا ہے ترقوہ کے عین قریب سے ایک سوئی جھونک دیجائے تو یہ دائیں جانب پر اس مقام کو چھوٹگی جس پر لاسمی شریان دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے اور بائیں جانب پر یہ سبائی عرق (carotid vessel) کے پار ہو جائے گی۔ دوشکمی عضلہ (digastric) کا موخر عظم اس خط کا تناظر ہوتا ہے جو زائئہ طلیہ (mastoid process) سے عظم لامی (hyoid bone) کے مقدم حصہ تک کھینچا جاتا ہے۔

عضلہ کتفبیہ لامیہ (omo-hyoid) کا مقدم شکم اس ترچھے خط کی متابعت کرتا ہے جو عظم لامی کے شکل ۴۷۔

104

یہ تصویر گردن کی جانب اور
سامنے کی طرف کی جانگاری
ظاہر کرتی ہے۔

(ہیٹزمان: Heitzmann)

کے مطابق)۔

۱۔ ایس اذینی شریان۔ ۲۔ وجہی

عصب۔ ۳۔ عضلہ قصیہ علیہ

۴۔ قذالی شریان۔ ۵۔ داخلی

سباتی شریان۔ ۶۔ شوکی معین

عصب (عضلہ قصیہ علیہ سے

گزرتا ہے)۔ ۷۔ داخلی و داجی

ورید۔ ۸۔ عضلہ ابریہ لامیہ۔

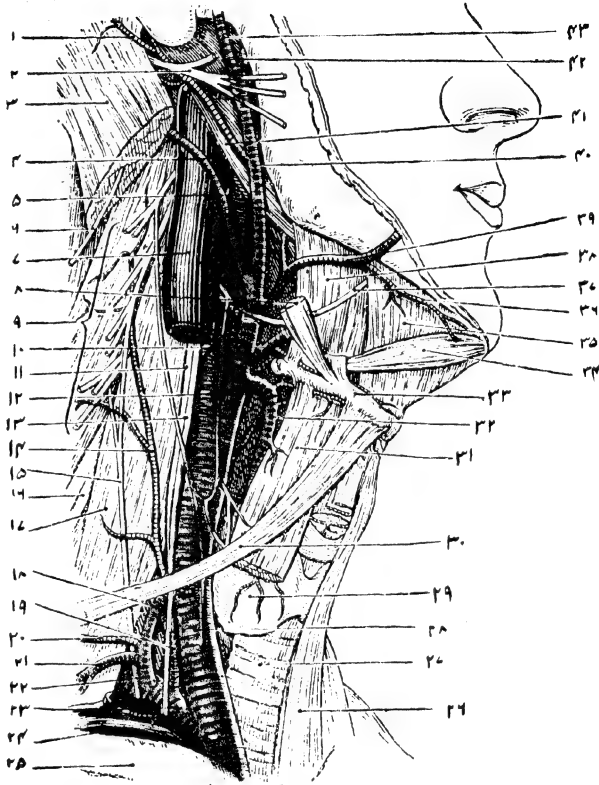
۹۔ عینقی ضغیرہ۔ ۱۰۔ ایرانی شریان۔

۱۱۔ جبل شاکر کی۔ ۱۲۔ نزولی

تحت اللسانی عصب۔ ۱۳۔ عصب

تائیہ۔ ۱۴۔ عودتی عینقی شریان۔

۱۵۔ ڈایا فرامی عصب۔



۱۶۔ عضلہ ضغیرہ۔ ۱۷۔ عضلہ مختلف الاضلاع مقدم۔ ۱۸۔ تحتانی درقی شریان۔ ۱۹۔ فقری شریان۔ ۲۰۔ مستعرض

منفی شریان۔ ۲۱۔ فوقی کتفی شریان۔ ۲۲۔ درقی مجری شریان۔ ۲۳۔ زیر ترقوی شریان۔ ۲۴۔ زیر ترقوی ورید۔ ۲۵۔

ترقوہ۔ ۲۶۔ عضلہ قصیہ لامیہ۔ ۲۷۔ قصبہ۔ ۲۸۔ مشترک سباتی شریان۔ ۲۹۔ درقی غدہ۔ ۳۰۔ عضلہ کتفبیہ لامیہ۔

۳۱۔ عضلہ قصیہ درقیہ۔ ۳۲۔ فوقانی درقی شریان۔ ۳۳۔ ظم لامی۔ ۳۴۔ دو شکی عضلہ (مقدم شکم)۔ ۳۵۔ عضلہ جانیہ لامیہ۔

۳۶۔ زیر ترقوی شاخ وجہی شریان کی۔ ۳۷۔ تحت اللسانی عصب۔ ۳۸۔ عضلہ لامیہ رائیہ۔ ۳۹۔ وجہی شریان۔ ۴۰۔ خاز

سباتی شریان۔ ۴۱۔ عضلہ ابریہ بلعومیہ۔ ۴۲۔ اندرونی کتفی شریان۔ ۴۳۔ سطحی صدغی شریان۔

اگلے حصہ سے نیچے کی طرف سباتی شریان (carotid artery) کے خط حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے بالمقابل قطع کرتا ہوا کھینچا جائے۔ اس کا موخر شکم پتی گردنوں میں خاصکر جبکہ یہ فعل کر رہا ہو تو قود سے عین اوپر اور اسکے تقریباً متوازی گزرنا ہوا شناخت کیا جاسکتا ہے۔ اگرچہ عضلہ قصبیہ (sterno-mastoid) اور عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (anterior scalene muscle) کے موخر کناروں کا رخ بالکل ایک سا نہیں ہوتا مگر پھر بھی یہ ایک دوسرے کے تقریباً متناظر ہوتے ہیں۔

- 195 عضلہ قصبیہ (sterno-mastoid) کی عصبی رسد شوکی معین (spinal accessory) (accessory) عصب اور دوسرے اوزنیرے غنتی اعصاب سے حاصل ہوتی ہے (صفحہ 198)۔
 مدرن زدہ غد کا اور خا صکر ان غد کا استیصال کرتے وقت اس کو ضرر پہنچ جاتا ہے جو داخلی وراجی ورید پر جڑے کے زاویہ کے پیچھے اور نیچے واقع ہوتے ہیں جہاں شوکی معین عصب (spinal accessory) کے گرد غدی التهابی بافت (periadeninitic tissue) میں پس جس جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

کم عمر بچوں میں بعض اوقات اس عضلہ میں ایک محکم سلعہ پایا جاتا ہے اور یہ اس دموی سلعہ کے تعقیب کا نتیجہ ہوتا ہے جو بوقت پیدائش اسکے ریشوں کی دریدگی سے پیدا ہو جاتا ہے۔

عروق مشترک سباتی شریان (common carotid artery) اس خط سے

نظا ہر کی جاتی ہے جو قصبی تر قوی جوڑ سے لیکر چاند کے زاویہ اور حلی زائدہ کے درمیان فاسلہ کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے۔ یہ عروق درقی غضروف کے بالائی کنارہ پر دو شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی یہ اس نقطہ سے $\frac{1}{2}$ انچ اوپر بھی تقسیم ہوتا ہے عضلہ کتفیہ لامیہ (omo-hyoid) اس کو حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے بالمقابل یعنی چھ معنی فقرہ کے لیول پر عبور کرتا ہے۔ اور تقریباً اسی مقام پر اس شریان کو وسطی درقی ورید بھی کاٹی ہوئی گزرتی ہے۔ داخلی وراجی ورید (internal jugular vein) کا خط بڑی شریان کے خط سے عین باہر کی طرف ہوتا ہے۔ شریان اور ورید دونوں عضلہ قصبیہ (sterno-mastoid) کے مقدم کنارہ کے نیچے واقع ہوتی ہیں اور عمومی سباتی غلاف (general carotid sheath) میں بند ہوتی ہیں، جو عمومی غنتی ردا سے حاصل ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 202)۔ اس غلاف میں مشترک

سباتی شریان (common carotid artery) (جو اپنے اصلی غلاف میں بند ہوتی ہے) داخلی و دارجی ورید (internal jugular vein) اور عصب تائبہ (vagus) موجود ہوتے ہیں۔ موخر الذکر شریان اور ورید کے درمیان اور پیچھے سے نیچے کی طرف کو جاتا ہے۔ نزوی تحت اللسانی عصب (descendens hypo-glossi nerve) غلاف کی مقدم دیوار کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو جاتا ہے اور اسکے پیچھے عضلہ عنقیہ طولی (longus coli) پر یعنی مشارکی جبل (cervical sympathetic cord) واقع ہوتی ہے۔

چوتھے عنقیہ فقرہ کے لیول پر یعنی درقی غضروف کے بالائی کنارے پر مشترک سباتی شریان خارجی سباتی اور داخلی سباتی شریانوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ قبل الذکر موخر الذکر سے وسطانی اور مقدم تعلق رکھتی ہے اور نیز شاخوں کی موجودگی سے یہ اس سے تیز کیجا جاتی ہے۔

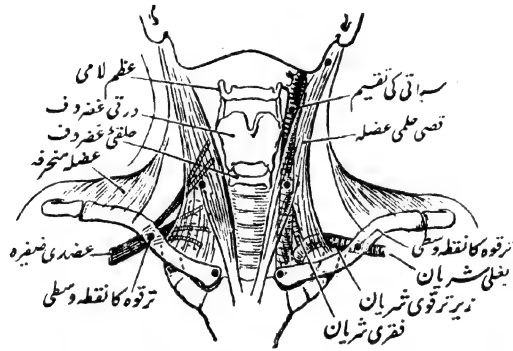
عظم لامی (hyoid) کے قرن اعظم کے لیول پر لسانی شریان (lingual artery) خارجی سباتی (external carotid) سے نکلتی ہے۔ فوقانی درقی (superior thyroid) کا مبداء اس سے نیچے اور وجہی شریان (facial artery) کا اس سے عین اوپر ہوتا ہے۔ فوقانی درقی (superior thyroid) آگے کی اور نیچے کی طرف کو خم کھا کر درقی غضروف کی بالائی کور کی طرف چلی جاتی ہے۔ لسانی شریان عضلہ لامیسانیہ (hyoglossus) (جو اوپرا ہوتا ہے) اور عضلہ ذقنیہ لامیسانیہ (genio-hyo-glossus) (جو گہرا ہوتا ہے) کی درمیانی بین فضا کی طرف براہ صے پیشتر عظم لامی (hyoid) کے قرن اعظم کے موخر سرے سے اوپر ہمیشہ ایک چنبر بناتی ہے۔ اس مقام پر تحت اللسانی عصب (hypo-glossal nerve) جو عضلہ لامیہ لسانہ (hyo-glossus) سے اوپری ہوتا ہے، شریان کے محل وقوع کے لئے رہنا کا کام دیتا ہے (شکل ۳۸ صفحہ ۱۵۱)۔

وجہی شریان (facial artery) بہت پیچیدہ ہوتی ہے۔ مگر اس کا عمومی ممر گردن میں اُس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو قرن اعظم کی نوک سے عین اوپر سے عضلہ مضغیہ (masseter) کے مقدم کنارہ تک کھینچا جائے۔ یہ زیر چانوی غدہ کے موخر قطب کے گرد گھوم جاتی ہے اور اس غدہ کو دور کرتے وقت اسکو باندھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ قذالی شریان (occipital artery) اُس خط کی متابعت کرتی ہے جو قرن اعظم کی نوک سے لیکر نائزہ علیہ کے قاعدہ کو کاٹتا ہوا گزارا جائے۔

خارجی و داجی ورید (external jugular vein) اس خط کی متابعت کرتی ہے جو چانوی زاویہ سے لیکر ترقوہ کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے۔

زیر ترقوی شریان (subclavian artery) گردن کی جڑ پر ایک منحنی بناتی ہے (شکل ۲۸)۔ اس منحنی کا ایک سرا قوسی ترقوی جوڑ کا قناظر ہوتا ہے اور دوسرا ترقوہ کے نقطہ وسطی کا۔ منحنی کی چوٹی اس ہڈی سے تقریباً $\frac{1}{2}$ انچ اونچی ہوتی ہے۔ یہاں سے آگے بڑھ کر یہ پہلی پسلی کے بیرونی کنارہ پر ختم ہو جاتی ہے۔ بازو کی بڑی شریان کا عمومی عمر زیر ترقوی کے

197



شکل ۲۸۔ نیکل عضلہ سفیرہ، زیر ترقوی اور سباتی شریانوں کی وسطی ترسیموں کا نمائندہ ہے۔

ابتدائی منحنی کے بعد ایک خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو ترقوہ کے وسط سے غمراہی زاوہ (coracoid process) کے پاس سے گزرتا ہوا پیش مرفعی عروق کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے جبکہ بازو دھڑ سے زاویہ قائمہ پر مبتعد ہوا اور ہاتھ مبطل ہو۔ عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) زیر ترقوی شریان کو تین حصوں میں تقسیم کرتا ہے۔ پہلے حصہ تک جراحی نقطہ نگاہ سے مشکل سے رسائی ہو سکتی ہے، کیونکہ اسکے سامنے چوڑی واٹھلی داجی ورید (internal jugular vein) عصب تائیہ (vagus nerve) اور مشارکی کا ایک چنبر واقع ہوتے ہیں۔ دائیں جانب پر باز گرد جنبری عصب (recurrent laryngeal nerve) اسکے پیچھے سے چنبر بنا تا ہے! اور بائیں جانب پر صدری قنات (thoracic duct) کی ڈالنا منہا اس سے

قریبی تعلق رکھتی ہے۔ دوسرا حصہ عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے پیچھے ہوتا ہے، جو اسکی متناظر وریڈ کے دوسرے حصہ کو اس سے علحدہ کرتا ہے۔ تیسرا حصہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے بیرونی کنارہ اور پہلی پسلی کے بیرونی کنارہ کے درمیان ترقوہ کے وسطی ثلث کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ خارجی و داجی وریڈ اور عضلہ کتقیہ لایہ (omo-hyoid) کا موضوع شکم اس سے مقدم تعلق رکھتے ہیں۔ زیر ترقوی وریڈ آگے اور نیچے ہوتی ہے اور عضلہ ضغیرہ (brachial plexus) اوپر ہوتا ہے۔ اس ضغیرہ کا سب سے نیچے کا تفرق اکثر اس شریان کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ مگر اس وضع میں جبیں جارحہ اس حصہ کے قرب و جوار پر عملیہ کے لئے رکھا جاتا ہے (یعنی مروڑ کر مریض کی کمر کے پیچھے کر دیا جاتا ہے) ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عصبی تنابھسل کر سیکڑا آگے آ جاتا ہے۔ فوری ضرورت کی حالت میں اس شریان کو ترقوہ کے اوپر سے نیچے کی اور پیچھے کی طرف دباؤ ڈالنے سے پہلی پسلی پر مضبوط کیا جاسکتا ہے جبکہ بازو اچھی طرح سے نیچے کی طرف کو کھینچا ہو۔ زیر ترقوی وریڈ شریان کے نیچے اور اس سے مقدم مستوی پر واقع ہوتی ہے، اور ساری کی ساری ترقوہ کے نیچے چھپی ہوتی ہے۔

فوق کتقی (suprascapular) اور مستعرض عنقی (transverse cervical) شریانیں ترقوہ کے متوازی جاتی ہیں۔ قبل الذکر ہڈی کے عین پیچھے ہوتی ہے اور مورخ الذکر اس کے عین اوپر۔

اعصاب۔ گردن کے بڑے بڑے سطحی اعصاب کا محل چھ خطوط سے جو عضلہ قضیہ صلیب (sterno-mastoid) کے موخر کنارہ کے وسط سے کھینچے جاتے ہیں کافی اچھی طرح سے ظاہر کیا جاسکتا ہے! اس نقطہ سے جو خط آگے کی طرف کو عضلہ قضیہ صلیب کے طول محور کو زاویہ قائمہ پر کاٹتا ہوا کھینچا جائے وہ سطحی عنقی عصب (superficial cervical nerve) (جلدی عنقی عصب nervus cutaneus colli) کا متناظر ہوتا ہے۔ دوسرا خط جو اس عضلہ کو کاٹتا ہوا صیوان لاؤ کے نیچے تک خارجی و داجی (external jugular) وریڈ کے متوازی کھینچا جائے وہ عظیم از عصب (great auricular nerve) کا متناظر ہوتا ہے اور تیسرا خط جو عضلہ قضیہ صلیب کے موخر کنارہ کے ساتھ ساتھ چاندنی تک کھینچا جائے صغیر قذالی عصب (small occipital nerve) کے محرک نشاندہی کرتا ہے۔ ان خطوط کو اگر نیچے کی طرف اس طرح بڑھایا جائے کہ وہ قض (sternum) ترقوہ کے وسطی حصہ اور اکرومی (acromian) کو کاٹتے ہوئے گذریں تو وہ فرداً فرداً مقدم سطحی

اور موضوع فوق تر قوی اعصاب کو ظاہر کریں گے۔

نخاعی معین (spinal accessory) عصب و داجی سور اخ (jugular)

(foramen) کے وسطی خانہ میں سے نکلتا ہے اور داحسلی و داجی و رید کے سامنے سے (اور بعض اوقات پیچھے سے) گزر کر اطلس کے مستعرض زائده کو اوپر یا معین نیچے سے کاٹتا ہوا عضلہ قصیہ حلیہ کی عمیق سطح میں داخل ہو جاتا ہے اور اسکے موضوع کنارہ سے باہر نکل کر موضوع مثلث کو عبور کرنے کے بعد عضلہ منخرنسم (trapezius) میں پہنچ جاتا ہے۔ اس کا ممر یوں ظاہر کیا جاسکتا ہے :- اطلس کے مستعرض زائده سے اس نقطہ تک جو عضلہ قصیہ حلیہ کی مقدم کور پر زائده حلیہ کی نوک سے ۲ انچ نیچے واقع ہو۔ یہاں سے زائده قصیہ حلیہ کے موضوع کنارہ کے نقطہ وسطی تک اور آگے چل کر عضلہ منخرنسم (trapezius) کی مقدم کور کے پیرین اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال تک (شکل ۳۸ صفحہ ۱۵۱) عضلہ قصیہ حلیہ کو نخاعی معین (spinal accessory) عصب اور دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب رسد پہنچاتے ہیں اور عضلہ منخرنسم (trapezius) کو نخاعی معین عصب اور تیسرے اور چوتھے عنقی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔

ڈایا فرامی عصب (phrenic nerve) چوتھے اور نیز تیسرے اور پانچویں

عنقی اعصاب سے درقی غضروف کے نقطہ وسطی کے لیول کے قریب قریب پیدا ہوتا ہے اور عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے اوپر سے گر عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) کے نیچے سے ہوتا ہوا ترقوہ کے قصبی سرے کے پیچھے کے ایک نقطہ تک پہنچ جاتا ہے۔

عضدی ضفیہ (brachial plexus) بعض اوقات بہت دبیلے اشخاص میں

محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اسکی بالائی حد ایک خط سے ظاہر کیجا سکتی ہے جو اس نقطہ سے لیکر جو حلقی درقی فضا (crico-thyroid space) کے تقریباً مقابل ہو گردن کی جانب پر ترقوہ کے نقطہ وسطی کے ذرا باہر تک کھینچا جائے (شکل ۴۸)۔

جب ایک طرف کا عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) عضلہ مقابل کے شلل یا

شنجی انقباض یا کسی خلقی نقص کی وجہ سے اتوارانہ منقبض ہو جاتا ہے تو ایک عارضہ پیدا ہو جاتا ہے جسکے گردنی (wry-neck) کے نام سے موسوم ہے۔ کج گردنی میں سر کی جو وضع ہوتی ہے اس سے قصیہ حلیہ کا اثر جبکہ یہ پورا فعل کر رہا ہو صحیح صحیح طور پر ظاہر ہوتا ہے۔ سر ذرا آگے کی طرف کو

نمیدہ ہو جاتا ہے۔ ٹھڈی تندرست جانب کی طرف پھر جاتی ہے اور ماؤف جانب کا کان قصی تر قوی (sterno-clavicular) جوڑ کی طرف جھک جاتا ہے۔ بہت سی حالتوں میں عضلہ منحرفہ (trapezius) اور عضلہ جمیہ یہ (splenius) بھی ماؤف ہوتے ہیں اور عنقی ردا میں تقبضات پائے جاتے ہیں۔ تشنجی انقباض معکوس خراش سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ بعض اوقات یہ موزر مثلث کے عنقی غد کے التهاب میں پایا جاتا ہے۔ ایسے التهاب سے عنقی ضغیرہ کی بعض شاخوں میں التهاب پیدا ہو چکا ہے اور اگرچہ عضلہ قصیہ حلیہ کو عصبی رس زیادہ تر نخاعی معین (spinal accessory) عصب سے پہنچتی ہے، مگر اس ضغیرہ (یعنی دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب) سے بھی اعصاب اس تک جاتے ہیں۔ نخاعی معین (spinal accessory) عصب اوپر کے دو یا تین محقق عنقی لمفی غد کے درمیان سے گزرتا ہے اور انکے التهاب میں یہ بعض اوقات ماؤف ہو جاتا ہے۔ مزید برآں اسی قسم کا انقباض پہلے دو عنقی فقرات کے مرض میں دوسرے عنقی عصب کی بلا واسطہ خراش سے پیدا ہو چکا ہے کج گردنی (wry-neck) کی بعض قسموں کو رفع کرنے کے لئے عضلہ قصیہ حلیہ اور عنقی ردا دونوں عضلہ کی اس چسپیدگی سے تقریباً ۱ انچ اوپر کاٹ دئے جاتے ہیں جو قص اور تر قوہ کے ساتھ ہوتی ہے۔ اس عملیہ میں وساختوں یعنی خارجی و داخلی ورید (external jugular vein) کے جو اس عضلہ کے موزر کنارہ کے پاس واقع ہوتی ہے، اور مقدم و داجی (anterior jugular) کے جو اسکے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے اور تر قوہ سے عین اوپر عضلہ کے پیچھے سے گزر کر قبل الذکر ورید میں ختم ہو جاتی ہے زخمی ہونے کا معتد بہ خطرہ ہوتا ہے۔

عنقی ردا (cervical fascia)۔ یہ انصالی بافت گردن کی ساختوں کو باندھے

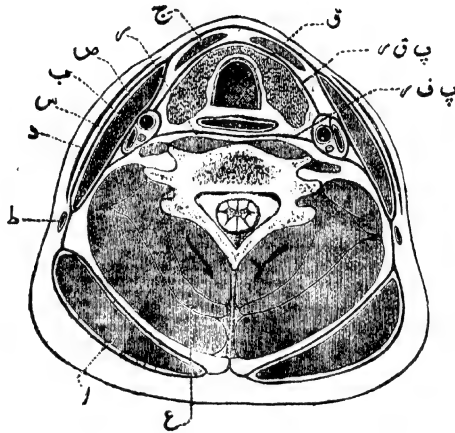
رکھتی ہے اور عضلات، عروق اور اعصاب کے لئے غلافات بناتی ہے۔ یہ غلافات آپس میں اس طرح متعد ہوتے ہیں کہ مری (cesophagus)، حنجہ (larynx)، قصبہ (trachea) اور جسم درقی (thyroid body) کی حرکتیں آزادانہ واقع ہو سکتی ہیں۔ مگر بایں ہمہ یہ ایک قسم کی مضبوطی اور جامدیت بھی پیدا کرتی ہے جس سے تمام کی تمام گردن ہلائی جا سکتی ہے۔ گردن کی ساختوں کو باندھنے کے لئے بطور واسطہ کام دینے کے علاوہ عنقی ردا ایک سہارا دینے والی بافت کا کام بھی دیتی ہے، جس میں گردن کا وسیع لمفی نظام مدفون ہوتا ہے اور جس کے ذریعہ سے یہ

گردن کی جڑ کی طرف کو جاتا ہے۔

عمیق عنقی ردا (۱) سطحی تہ اور (ب) زیادہ عمیق زوائد میں تقسیم کیجا سکتی ہے (دیکھو

201

شکل ۴۹)۔ سطحی تہ گردن کی ایک مکمل پوشش کا کام دیتی ہے اور سوا عضلہ منتزہ (platysmia)



شکل ۴۹۔ گردن کے پیرین حصہ میں سے متعرض تراش چو عنقی ردا کی ترتیب کو ظاہر کرتی ہے۔
(انسانی)

۱۔ عضلہ منحرف - ب - قصبہ حلیہ - ج - عظم لامیہ کے خافضات - د - عضلہ منتزہ - ه - مقدم شوکی عضلہ -
س - عضلہ مختلف الاصلع مقدم - ص - سبانی شریان - ط - خارجی و داخلی ورید - ع - موخر شوکی عضلہ -
ف - قصبہ جبکہ پیچھے مری ہے اور آگے جسم رقی - پ - فاس - پیش فقری ردا - پ ق - ہ - پیش قصبی ردا -

اور بعض سطحی وریدوں اور اعصاب کے تمام عنقی ساختوں کو ڈھانپتی ہے۔ یہ فقرات کے شوکی زوائد کے پیچھے سے شروع ہوتی ہے اور عضلہ منحرف (trapezius) کو محصور کرنے کے بعد اس کے مقدم کنارہ پر ایک مجر دتہ میں تبدیل ہو جاتی ہے اور یہاں سے موخر مثلث کو عبور کر جاتی ہے۔ عضلہ قصبیہ حلیہ کے موخر کنارہ پر پہنچ کر یہ دو تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے اور اس ساخت کو محصور کر نیچے بعد اسکے مقدم کنارہ پر پھر مجر دتہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے۔ یہاں سے یہ گردن کے خط اول کی

چلی جاتی ہے اور دوسری طرف کی ردا سے لمبائی ہے اور راستہ میں مقدم مثلث کو مکمل طور پر ڈھانک دیتی ہے۔ موخر مثلث میں جو حصہ واقع ہوتا ہے وہ ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے اور اسکی بناوٹ چھدری ہوتی ہے اور یہ اس مثلث کی انصافی بافت سے مسلسل ہوتا ہے۔ مقدم مثلث پر یہ ردا اوپر کی طرف چاند کے زین کنارہ سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس ہڈی کی پچھلی طرف پر یہ نکفی غدہ کے اوپر سے ہوتی ہوئی وجنہ (zygoma) تک چلی جاتی ہے اور فکی ردا بناتی ہے۔ اور ایک زیادہ عمقی تہ اس غدہ کے نیچے سے (اسکے اور زیر چانوی غدہ کے درمیان سے) گزر کر کھوپری کے قاعدہ پر کے چند نقاط سے چسپیدہ ہو جاتی ہے۔ اسی زیادہ عمقی حصہ سے وہ رابطہ نمونہ پاتا ہے جو ابری چانوی (stylo-mandibular) رابطہ کے نام سے موسوم ہے۔ سامنے کی طرف پر یہ ردا عظم لامی سے چسپیدہ ہوتی ہے اور جسم درقی کے عین نیچے یہ پھر دو تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ ان میں سے ایک قص (sternum) کی سامنے کی طرف سے اور دوسری اسکی پشت سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ یہ دونوں تہیں عظم لامی کے خافضات کے سامنے واقع ہوتی ہیں اور انکے درمیان ایک چھوٹی سی فضا بن جاتی ہے (جو جالبی رخ میں اتنی دور تک چلی جاتی ہے کہ عضلہ قصبیہ حلیہ کے قصی سر کو محصور کر لیتی ہے) جسکا عریض ترین حصہ نیچے کی طرف ہوتا ہے اور جو اس مقام پر عرض میں قص کی دہانے کی متناظر ہوتی ہے۔ یہ سمجھ میں آگیا ہوگا کہ قصبیہ حلیہ کے قصی سر کو کھاتے وقت علیہ اس چھوٹے سے خانہ میں جو نوکوں والا دونوں تہوں سے بنتا ہے سر انجام دیا جاتا ہے اور یہ معلوم کر لینا بہتر ہے کہ مقدم و داجی ورید بھی خارجی و داجی نئے کی طرف کو آتی ہوئی اسی خانہ میں واقع ہوتی ہے۔

(ب) زیادہ عمیق زوائد۔ (۱) سطحی تہ سے ایک زائدہ (شکل ۳۹۳ پ ۳۵)

عضلہ قصبیہ حلیہ کے مقدم کنارہ کے قریب سے پیدا ہوتا ہے جو عظم لامی کے خافضات کے نیچے سے گزر کر جسم درقی اور قصبیہ کی مقدم جانب کو محصور کرتا ہوا اس نلی اور بڑے بڑے عروق کے سامنے سے نیچے کی طرف کو گرد قلبہ (pericardium) کی کیفی تہ تک چلا جاتا ہے۔ (۲) پیش فخری ردا ایک تہ ہے جو پیش فخری عضلات پر بلعوم اور مری کے نیچے سے نیچے کی طرف کو چلی جاتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ کھوپری کے قاعدہ سے چسپیدہ ہوتی ہے اور نیچے کی طرف مری کے نیچے سے یہ صدر میں اتر جاتی ہے۔ جانب پر یہ سبائی غلاف سے لمبائی ہے اور یہاں سے یہ پھر باہر کی اور نیچے کی طرف کو عضلات مختلف الاضلاع (scalene muscles) عضلہ فیغیرہ (brachial plexus) اور

زیر ترقوی (subclavian) عروق پھیل جاتی ہے۔ یہ ان عروق کے ساتھ ساتھ ترقوہ کے نیچے تک آتی ہے، جہاں یہ غلی غلاف (axillary sheath) بناتی ہے اور ضلعی غسراہی غشاء (costo-coracoid membrane) کی زیریں سطح سے تعلق قائم کر لیتی ہے۔ (۳) سباتی شریان اور اسکی رنیک ورید اور عصب کا غلاف پیش فکری اور پیش قصبی تہوں اور قصبیہ حلیہ کے غلاف سے مسلسل ہوتا ہے (شکل ۴۹)۔ سباتی غلاف (carotid sheath) پیش قصبی تہ کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور اوپر کے غلاف اور گرد قلب سے ملکر ختم ہو جاتا ہے۔ لہذا قلب اور گرد قلبہ کو ایک طریقہ سے گردن سے بھی سہارا ملتا ہے۔ جب گردن پیچھے کی طرف کو گرا دیا جاتی ہے تو سباتی غلاف تنیدہ ہو جاتے ہیں اور مدری ساختیں اوپر کی طرف کو اٹھ جاتی ہیں۔

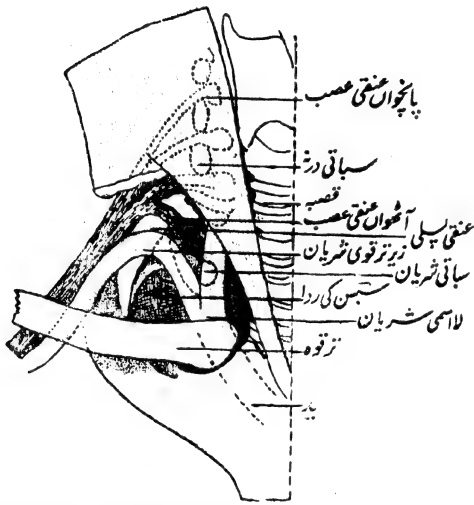
پس بلعومی خراج کبھی کبھی غشی رداسے ایک دو تعلق رکھتا ہے۔ بعض اوقات یہ غشی فقرات کے تمدنی مرض سے پیدا ہوتا ہے اور اس حالت میں یہ پیش فکری ردا کے سامنے واقع ہوتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ ان لمفی غد سے پیدا ہوتا ہے جو پیش فکری ردا اور بلعوم کے درمیان پائے جلتے ہیں۔ چونکہ یہ ردا مزاحمت پیش کرتی ہے اس لئے قبل الذکر خراج بلعوم کے درون میں خلل انداز ہونے سے پیشتر معتد بہ جسامت اختیار کر لیتا ہے۔ موخر الذکر (خراج) چونکہ اتنا محدود نہیں رہتا اس لئے یہ بلعوم کو ابتدا ہی میں زیادہ خطرناک طور پر تنگ کر دیتا ہے جو تمدنی پس بلعومی خراج پیش فکری ردا کے سامنے واقع ہو اس تک جراحی رسائی بلعوم میں سے ہرگز نہ کرنا چاہئے۔ شکل ۴۹ کے دیکھنے سے یہ ظاہر ہو جائیگا کہ اس خراج پر حملہ آور ہونے کا مناسب راستہ اسی شکاف میں سے ہے جو قصبیہ حلیہ کے بیرونی کنارے کے ساتھ ساتھ دیا جائے اور سباتی غلاف کو آگے کی طرف کو باز کشیدہ کر لینا چاہئے۔

پھیپھڑے کا راس (apex of the lung) گردن کے اندر تک چلا آتا

ہے اور ترقوہ کے اندرونی نصف سے ۲ انچ اوپر تک پہنچتا ہے۔ اگر عضلہ قصبیہ حلیہ کے قصبی اور ترقوی سروں کے درمیان اور ترقوہ سے ۱ انچ اوپر ایک نقطہ لیا جائے تو وہ بالعموم کی اکثریت میں راس کے بلند ترین مقام اور پہلی پسلی کی گردن کے محل کو ظاہر کرے گا۔ یہ ترقوہ، عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (anterior scalene muscle) اور زیر ترقوی عروق کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ دایاں پھیپھڑا بائیں کی نسبت عام طور پر زیادہ اوپر تک جاتا ہے۔ زیر ترقوی شریان پر بے احتیاطی سے عملیات کرنے کے دوران میں پورا اکثر کھولا جائیگا۔

۱۲ فیصدی میں پائی جاتی ہیں۔ ناقص النمو عققی پسلی جنین میں ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ مگر ان پسلیوں سے علامات مقابلہ بہت کم پیدا ہوتے ہیں یا ورجب پیدا ہوتے ہیں تو صرف سن بلوغ میں پیدا ہوتے ہیں جس کی وجہ شاید یہ ہے کہ اس وقت عضلانی تنش کم ہو جاتی ہے۔ اگرچہ یہ پسلیاں دونوں جانب پر موجود ہوتی ہیں، لیکن انکے علامات اکثر ایک ہی طرف پائے جاتے ہیں۔ سارجنٹ (Sargent) اس قرب وجوار میں ناقص النمو پسلیوں کے پانچ اقسام تسلیم کرتا ہے؛ (۱) عام ترین قسم فقرہ کا ضلعی زائیدہ ہے جو حد سے زیادہ بڑھ جاتا ہے اور بغیر جوڑ کے ہوتا ہے اور پیچھے کی طرف متعرض زائیدہ سے متحد ہوتا ہے۔ یہ ایک لیفی بند کی شکل میں نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور پہلی پسلی سے مختلف الاضلاعی رنہ (scalene tubercle) کے پیچھے چسپیدہ ہوتا ہے۔ (۲) ایک چھوٹی سی پسلی جو ضلعی مرکزی اور ضلعی متعرض جوڑوں کے ذریعہ سے فقرہ سے جڑی ہوتی ہے اور ایک لیفی بند کی شکل میں آگے کی طرف کو کھل جاتی ہے جیسا کہ پہلی قسم میں ہوتا ہے۔ (۳) ایک مفصل دار پسلی جو اتنی لمبی ہوتی ہے کہ اپنے عظمیٰ حصہ پر آٹھویں عققی جوڑ کو اٹھا سکتی ہے اور ایک لیفی بند کے ذریعہ سے پہلی صدری پسلی سے متحد ہوتی ہے۔ (۴) ایک مفصل دار پسلی جس کا مقدم سر پہلی صدری پسلی سے یا تو ملتا ہے اور یا اس سے ایک مفصل کے ذریعہ سے جڑا ہوتا ہے۔ ایسی پسلی کے ساتھ بعض اوقات عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) یا عضلہ مختلف الاضلاع وسطی (scalenus medius) چسپیدہ ہوتے ہیں۔ (۵) ایک بے قاعدگی انکے برعکس پائی جاتی ہے جس میں پہلی صدری پسلی ناقص النمو ہوتی ہے اور اسکے مقدم سر کی جگہ ایک لیفی بند موجود ہوتا ہے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ پہلی اور پانچویں قسمن شعاع نگار (radiogram) میں ہمیشہ دکھائی نہیں دیتیں۔ ضلعی غیر کبھی حالتوں کے ساتھ عضلہ ضعیفہ کی ترکیب میں اختلافات پائے جانے کا امکان ہوتا ہے پیش بستگی (prefixation) ساتویں عققی پسلی کے ساتھ اور پس بستگی (postfixation) غیر طبعی پہلی صدری پسلی کے ساتھ پائی جاتی ہے (Wood Jones)۔ مگر ایسا کوئی تعلق نہیں پایا جاتا۔ جو دائمی ہو اور جس کے متعلق کچھ پیش گوئی کیجا سکے (رونگریٹ ٹاڈ Wingate Todd اور سارجنٹ: Sargent)۔ سامنے کی طرف کے لیفی بند سے عظمیٰ پسلی کی نسبت شاید زیادہ حقیقی علامات پیدا ہوتے ہیں۔ دوران تنفس میں اور بازوؤں کی حرکتوں میں اس ضعیفہ کے زیرین اجزائے ترکیب یعنی آٹھویں عققی یا سب سے نیچے کی جل کو بار بار اقل ضرب پہنچتی رہتی ہے۔ سارجنٹ (Sargent) کی رائے کے مطابق عرقی تغیرات عروق پر دباؤ پڑنے سے

پیدا نہیں ہوتے بلکہ جس مقام پر مشار کی ریشے آٹھویں عنقی اور پہلی صدری جمل میں داخل ہوتے ہیں اس سے ذرا آگے بڑھ کر ان ریشوں کو ضرر پہنچنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ زیر تر قوی (subclavian) شریان یا تو پہلی پسلی پر واقع ہوتی ہے۔ یا لیفی بند اُسے اس سے ذرا دور ہٹا کر رکھتا ہے (ٹائڈ: Todd) سارجنٹ (Sargent) نے ایسے واقعات نہیں دیکھے جنہیں یہ زائد پسلی کے اوپر سے گزرتی ہو اگرچہ ایسے واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ جب بازو لٹکتا ہو تو کبجری نبض عام طور پر



شکل ۵۱۔ زیر تر قوی شریان اور عضدی ضغیرہ کا عنقی پسلی سے ظاہر کرتی ہے۔

کمزور پائی جاتی ہے مگر سارجنٹ (Sargent) کا یہ خیال ہے کہ تمام عرقی تغیرات عرقی حرکی اختلا لا سے پیدا ہوتے ہیں۔ زیر تر قوی ورید دباؤ سے بچ جاتی ہے۔ تھامس (Thomas) اور کوشنگ (Cushing) کا یہ خیال ہے کہ نقصان عظمی ارتفاع کی نسبت لیفی بند سے پہنچتا ہے۔

اس خلاف قاعدہ حالت کے بعض مریض بازو ہاتھ کی زندگی طرف کے ساتھ ساتھ سنسناہٹ محسوس ہونے کی یا ہاتھ کے عضلات میں شلل واقع ہو جانے کی شکایت کرتے ہیں۔

یہ علامات پہلے ظہری عصب پر اس مقام پر جز کا اثر ہونے سے پیدا ہوتے ہیں جہاں یہ عنقی پسلی کو مجبور کرتا ہے (تھوربرن: Thorburn) وڈ جونز (Wood Jones) نے اس امر کی طرف

اشارہ کیا ہے کہ بازو کے لٹکنے کی حالت میں پہلی صدری پسلی کے اوپر کی سطح پر کے میزاب میں زیر ترقوی شریان واقع نہیں ہوتی بلکہ عضدی ضغیرہ کا سب سے نیچے کا تنہا (آٹھواں عنقی اور پہلا ظہری) واقع ہوتا ہے۔ نیز اس نے یہ بھی ثابت کیا ہے کہ چونکہ اس مقام پر میزاب سب سے زیادہ گہرا ہوتا ہے۔ جہاں دوسرے ظہری عصب کا معتد بہ حصہ عضدی ضغیرہ کے سب سے نیچے کے تنے کی تعمیر میں شامل ہوتا ہے اس لئے عصبی تنے اور پسلی کا درمیانی دباؤ بھی یہاں سب سے زیادہ ہوتا ہے۔

سارجنٹ (Sargent) کے مطابق عنقی پسلی کے علامات مندرجہ ذیل ساختوں کے ضررے منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ (۱) بدنی درون آرا عصاب (somatic afferent nerves) کے ضررے۔ مثلاً وجع العصب، جلدی اور عمقی حسی اختلالات۔ (۲) بدنی بروں آریہ ریشوں (somatic efferent fibres) کے ضررے۔ مثلاً عضلی کمزوری، لاغری اور برقی تغیرات۔ اور (۳) مشار کی ریشوں کو ضرر پہنچے۔ مثلاً دورانی تغیرات، ٹھنڈا پن، کبودیت، تہیج اور بعض فسادات الحس (paræsthesiæ)، مثلاً جھککارا اور سن بن، ٹھنڈک یا ورم کا احساس۔ جہاں تک عضلی ریسر کا تعلق ہے ہاتھ کے درونی عضلات (خاص کر عضلات مبعده و مقابلہ اہامیہ کنیرولسن: Kinneir Wilson) نہایت کثرت سے متاثر ہوتے ہیں۔ لیکن بعض حالتوں میں کلانی کے سطحی قابضات بھی لاغراور کمزور ہو جاتے ہیں۔ ۶۰ فیصدی واقعات میں مشترک حس پذیری میں کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔

پہلی صدری پسلی کے دباؤ سے پیدائندہ علامات کو جنکی طرف پہلے ایڈون بریم ویل (Edwin Bramwell) نے سٹاپ فورڈ (Stiles) مورلے (Morley)، مرنی (Murphy) سٹاپ فورڈ (Thorbarn) سٹاپ فورڈ (Taylor) اور دوسروں نے کامیاب عملی جات سرانجام دئے ہیں۔

گلوبریڈگی اور گردن کے زخم: گردن کی جلد اتنی لچکدار اور حرکت پذیر

ہوتی ہے کہ جب اس پر سے بالخصوص کند چاقو کھینچا جاتا ہے تو اس میں آسانی سے شکن پڑ جاتے ہیں۔ چنانچہ گلوبریڈگی کی حالتوں میں جلد کے بہت سے کٹے ہوئے زخم پائے جاتے ہیں جو چاقو کی ایک ہی حرکت سے پیدا ہوتے ہیں۔ گلوبریڈگی کے زخم میں خواہ یہ خود کشانہ ہو یا قاتلانہ درقی لامی غشا (thyro-hyoid membrane) نہایت کثرت سے زخمی ہوتی ہے۔ کثرت وقوع کے لحاظ سے

اس کے بعد قصبہ کا اور درقی غضروف کا نام آتا ہے (دیکھو شکل ۲۸ صفحہ ۱۹۷)۔

۱۔ اگر زخم عظم لامی سے اوپر ہو تو مندرجہ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔ (۱) مقدم

وداجی ورید (anterior jugular vein)، دوشکی عضلہ کا مقدم شکم، چانیہ لامیہ (mylo-hyoid)، ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid)، ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) اور لامیہ لسانیہ (hyo-glossus)، لسانی شریان، وجہی شریان کی شاخیں، تحت اللسانی (hypoglossal) اور لسانی (lingual) اعصاب، زیر چانوی غدہ، بعض اوقات زبان کا جرم بھی کٹ جاتا ہے اور منہ کا فرش بخوبی کھل جاتا ہے۔ اگر کسی واقعہ میں زبان کی چسپیدہ گیاں کٹ جائیں تو اس کے حنجرہ کے اوپر گر جانے اور اغتصاص (suffocation) کے پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

۲۔ اگر زخم درقی لامی فضا کو عبور کرے تو مندرجہ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔

مقدم ووداجی ورید (anterior jugular vein)، قصبہ لامیہ (sterno-hyoid) درقیہ لامیہ (thyro-hyoid) کلتغیہ لامیہ (omo-hyoid)، درقی لامی غشا، ستھانی مضیق (inferior constrictor)، فوقانی حنجری عضب، فوقانی درقی شریان۔ اور اگر یہ عظم لامی کے نزدیک ہو تو لسانی شریان کا منہ بھی بعض اوقات کٹ جاتا ہے۔ اگر زخم گہرا ہو تو بلعوم کھل جاتا ہے اور لمبٹی (epiglottis) قاعدہ کے قریب سے کٹ جاتا ہے۔ اس جگہ کے زخموں میں لمبٹی کا کٹ جانا ہمیشہ ایک خطرناک پیچیدگی ہوتا ہے۔

۳۔ اگر زخم سے قصبہ (trachea) کٹ جائے تو مندرجہ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔

مقدم ووداجی ورید، قصبہ لامیہ (sterno-hyoid)، قصبہ درقیہ (sterno-thyroid) کلتغیہ لامیہ (omo-hyoid)، عضلہ قصبہ حلیہ (sterno-mastoid) کا کچھ حصہ، غدہ درقیہ، فوقانی اور تحتانی درقی شریانیں، فوقانی وسطی اور تحتانی درقی وریدیں، باز گرد حنجری عصا (recurrent laryngeal nerves) اور مری (gullet)۔

گردن کے زخموں میں بڑے بڑے عروق اکثر حیرت انگیز طریقہ سے بچ جاتے ہیں۔ کچھ تو یہ گہرے واقع ہونے کی وجہ سے محفوظ رہتے ہیں اور کچھ بہت حرکت پذیر ہونے کی وجہ سے، کیونکہ یہ ایک ڈھیل ڈھالی اتصالی بافت کے ماحول میں واقع ہوتے ہیں۔ مزید برآں خود کشی کرنے والا اپنا گلا

209

کاٹنے وقت سر کو پیچھے کر اگر اپنے بڑے بڑے عروق کو نسبتاً موضع مستوی پر لیجا کر نادانستہ محفوظ کر لیتا ہے۔ گلا کٹتے وقت عروق اوپر کی طرف ابھرتے ہوئے درقی غضروف کی وجہ سے اور نیچے کی طرف عضلہ قصبیہ حللیہ (sterno-mastoid) کے منقبض ہو جانے سے ایک بہت حد تک محفوظ ہو جاتے ہیں۔ جو گہرے زخم حلقی درقی (circo-thyroid) نضا میں سے لگیں یا قصبہ (trachea) کے بالائی حصہ میں سے گزر جائیں وہ ان زخموں کی نسبت جو گردن کے کسی دوسرے حصہ پر اتنی ہی قوت سے لگائے جائیں بڑے بڑے عروق تک زیادہ آسانی سے پہنچ جاتے ہیں۔

بندوق کے بہت سے زخموں میں جن میں مقذوف (missile) کے

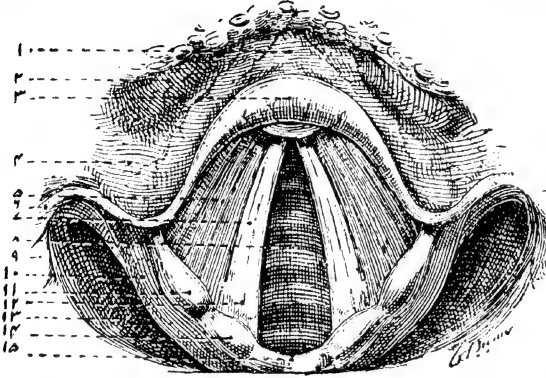
ممر سے یہ یقینی طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ اہم عروق کو نقصان پہنچا ہوگا یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ عروق حقیقتہً ایک طرف کو درج جاتے ہیں اور اپنی حرکت پذیری کی وجہ سے محفوظ ہو جاتے ہیں۔ اس طرح بچ جانیکی بہت سی مثالیں زمانہ ماضی میں درج کی جا چکی ہیں اور جنگ عظیم میں بہت سی دیکھنے میں آئی ہیں۔ زخما کے گردن کے موضوع کے سلسلہ میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ حمل شو کی کئی اہم ترین حصہ تک پہنچنے کی طرف سے اس رضہ میں سے جو اطلس اور محور کے درمیان ہوتا ہے پہنچا جاسکتا ہے۔ اس محل پر حمل کو ایک ہی مرتبہ چاقو بھونکنے سے کاٹا جاسکتا ہے۔

عظم لامی (hyoid bone) بلا واسطہ چوٹ مثلاً گھونسا مارنے یا گلا گھونسنے سے

لوٹ سکتی ہے۔ بعض اوقات ان اشخاص میں شکستہ پائی گئی ہے جن کو چھانسی دگئی تھی۔ کس بعض اوقات ہڈی کے جسم میں واقع ہوتا ہے مگر قرن اعظم زیادہ کثرت سے شکستہ پایا جاتا ہے۔ اس کے سر میں بولینے زبان ہلانے منہ کھولنے اور نگلنے میں بہت سی تکلیف اور درد محسوس ہوتا ہے اور یہ ایسے علامات ہیں جو آبائی سمجھ میں آسکتے ہیں۔ مگر یہاں یہ بیان کر دینا ضروری ہے کہ عظم لامی کو ایک طرف دوسری طرف کو ہلانے پر تکنیک طبی طور پر محسوس ہوتا ہے اور اسے کمرے کے لئے ہرگز کافی شہادت تصور نہ کرنا چاہئے۔ درقی لامی غشا اور عظم لامی کی موضع سطح کے درمیان ایک درجہ واقع ہوتی ہے۔ جب یہ کھلا ہو جاتی ہے تو یہ گردن کے دوسری سلعہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔

حنجرہ (larynx) اور قصبہ (trachea)۔ حنجہ کا محل گردن میں عمر سے متاثر

ہوتا ہے۔ بالغ میں ملتی غضروف (cricoid cartilage) چھپے عنقی فقرہ کے زیرین حصہ تک ملتی ہے۔ تین ماہ کے بچے میں یہ چوتھے عنقی فقرہ کے زیرین کنارہ تک ہوتی ہے اور چھ سال کے بچے میں پانچویں فقرہ کے زیرین کنارہ تک پہنچتی ہے۔ سن بلوغ پر یہ وہ محل اختیار کرتی ہے جس پر یہ جوانوں میں پائی جاتی ہے۔ مکی (epiglottis) کا اوپر کا سرا بالوں میں تیسرے عنقی فقرہ کے زیرین کنارہ کے مقابل ہوتا ہے۔



شکل ۵۲۔ وہ منظر دکھایا گیا ہے جو آرام سے سانس لینے کی حالت میں حنجروہ میں نظر آتا ہے۔
(سینٹ کلیر تھامسن: St Clair Thomson "ٹناک اور ملحق کے امراض")

- ۱۔ وسطی لسانی مکی رباط۔ ۲۔ نشیب۔ ۳۔ مکی۔ ۴۔ جانبی لسانی مکی رباط۔ ۵۔ بطینی بند۔ ۶۔ عظم لامی کا قرن اعظم۔ ۷۔ صوتی جیل۔ ۸۔ قصبہ۔ ۹۔ لمبوی حنجروہ کی جانبی دیوار۔ ۱۰۔ سبوجی مکی ٹنگن۔ ۱۱۔ ربرک کی غضروف۔ ۱۲۔ صوتی زائدہ۔ ۱۳۔ ناسپاتی مناجوف۔ ۱۴۔ سٹیٹوری کی غضروف۔ ۱۵۔ سبوجی ٹنگن۔

حنجرہ بین سے مندرجہ ذیل حصے شناخت کئے جاسکتے ہیں (شکل ۵۲)۔ زبان کا قاعدہ اور لسانی مکی ٹنگن (glosso-epiglottic folds)، حنجروہ کا فوقانی روزن جس کے سامنے مکی ہوتا ہے، مکی کی گدی، طرفین پر سبوجی مکی ٹنگن (aryteno-epiglottidean folds) جو تین دوستدیر فزات ہوتے ہیں جو قرینوں (cornicula) اور فائنگل (cuneiform) غضروفوں کے متناظر ہوتے ہیں اور پیچھے کی طرف غنائے مغالی کا سبوجی تھقہ (arytenoid commissure)۔ نیچے کی طرف اور گہرا دیکھنے سے صادق اور کاذب صوتی اجال، بطین، حنجروہ کی مقدم دیوار

حلقی غضروف کا تھوڑا سا حصہ اور قصبہ کی مقدم دیوار کا کم و بیش حصہ نظر آتا ہے۔ اگر مزمار (glottis) بہت مکمل طور پر تسبیح ہو تو دونوں شہتوں کے فجۃ بھی دھندلے سے دکھائی دیتے ہیں۔

درقی اور حلقی غضروفات اور سبوجی غضروف کا بہت سا حصہ

ساخت میں ضلعی غضروفوں کی طرح زجاجی ہوتا ہے۔ موخر الذکر کی طرح پیرانہ سالی میں انکے کم و بیش متعظم ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ درقی اور حلقی غضروفوں میں تعظم تقریباً ۲۰ سال کی عمر پر شروع ہوتا ہے اور ہر ایک غضروف میں یہ عمل حلقی درقی جوڑے کے قرب و جوار میں شروع ہوتا ہے۔ سبوجی (arytenoid) بعد میں متعظم ہوتی ہے۔ جگری غضروفوں کا تعظم مردوں میں عورتوں کی نسبت زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ زیادہ کلاں غضروفوں کے چوٹے مثلاً ضربوں یا گلا گھٹنے وغیرہ سے ملسور ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ درقی غضروف نہایت کثرت سے ٹوٹتی ہے اور عام طور پر خطوطی پر ہی ٹوٹتی ہے۔ درقی غضروف کا موخر فوقانی زاویہ ناشیاتی نما حفرہ (pyriform fossa) کے محل کو نکا ہر کرتا ہے۔ یہ ایک عریض گوشہ ہے جو سبوجی کبھی شکلو (aryteno-epiglottic folds) سے اوپر اور باہر کی طرف کو ہوتا ہے (شکل ۵۲)۔ اس حفرہ میں اجسام غریبہ انک جاتے ہیں اور سلطان عام طور پر واقع ہوتا ہے۔

211

فجۃ المزمار (rima glottidis) ایک روزن ہے جو صادق صوتی اجبال اور

سبوجی غضروفوں کے صوتی زائدہ کے (جکے موضع حصہ پر اجبال چسپیدہ ہوتے ہیں) درمیان ہوتا ہے۔ ان اجبال کا طول زائدوں سے دگنا ہوتا ہے۔ اور چونکہ یہ لچکدار بافت سے مرکب ہوتے ہیں جو مطبق سرحد کے نیچے سے آشکار ہوتی ہے اسلئے انکی رنگت زردی مائل رمادی ہوتی ہے۔ ان اجبال کا اساس جو اتصالی بافت سے مرکب ہوتا ہے حلقی درقی غشا کا ہی پھیلاؤ ہوتا ہے جو اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ فجۃ المزمار حنجرہ کی اندرونی جانب کا تنگ ترین حصہ ہے اور اجسام غریبہ کے داخل ہونے اور اوزاروں کے گزارنے کے سلسلہ میں اسکے ابعاد سے واقف ہونا مناسب ہے۔ بالغ مرد میں فجۃ المزمار کی پیمائش آگے سے پیچھے تک تقریباً ۱.۵ (۲.۳ ملی میٹر) ہوتی ہے۔ ایک جانب سے دوسری جانب تک کا عریض ترین حصہ طول کا تقریباً ایک تہائی ہوتا ہے۔ انتہائی اتساع کی حالتیں یہ قطر بڑھ کر طول کے نصف تک پہنچ جاتا ہے۔ عورت میں اور سن بلوغ سے پیشتر مرد میں مقدم

212

موخر قطرء اعلیٰ بیلر ہوتا ہے۔ دوران تنفس میں فتحۃ المزمار عضلہ حلقیہ سبوجیہ (مؤخرہ crico-anytenoideus posticus) کے فعل سے خوب کشادہ ہو جاتا ہے اور دوران مکلم میں موتی ابدال میں عضلہ حلقیہ سبوجیہ جانبی (crico-arytenoideus lateralis) کے فعل سے مقاربت پیدا ہو جاتی ہے۔

حنجرہ کی غشاء مخاطی کی بارت اور اسکی زیر مخاطی بافت کی مقدار مختلف حصوں میں مختلف ہوتی ہے۔ مندرجہ ذیل حصوں میں یہ غشاء بہیز ترین ہوتی ہے اور زیر مخاطی بافت نہایت کثیر المقدار ہوتی ہے اور انکو اسی مقدار کے لحاظ سے ترتیب دی گئی ہے:۔ سبوجیہ کبھی شکن (aryteno-epiglottidean folds)، بطین (ventricle) کی غشاء مخاطی بطینی شکن (کا ذمبی قی ابدال) اور کبھی کا تنجری رخ۔ یہ ہی حصہ ہیں جو عداد التهاب حنجرہ میں نہایت متلی اور متورم ہو جاتے ہیں۔ اور جو خطرناک حالت مزمار (glottis) کے ہیج کے نام سے موسوم ہے، اسکا زیادہ تر انحصار اس ڈھیلی ڈھالی بافت میں انصباب کے نمودار ہو جانے پر ہوتا ہے جو سبوجیہ کبھی شکنوں میں پائی جاتی ہے۔ سبوجیہ کبھی شکنوں کی غشاء مخاطی کے ڈھیلہ ہونے کی وجہ سے سبوجیہ (arytenoid) غصرو نوں میں آزادانہ حرکت واقع ہو سکتی ہے اور حنجرہ کا بالائی روزن مکمل طور پر بند ہو جاتا ہے۔ یہ غشاء مخاطی صادق موتی ابدال سے مضبوطی سے پیوستہ ہوتی ہے اور مطبق مرحلہ سے پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور حنجرہ کے بقیہ حصہ کا استر قصبہ کی طرح ہدب دار مرحلہ سے بنا ہوتا ہے۔ پوشش کی نوعیت اور اسکی رگوں کے لئے معرر ہونے کی وجہ سے صادق موتی ابدال سرطان کا غیر معمولی محل نہیں۔

حنجرہ کا استیصال - خط وسطی پر شکاف دینے سے سالم حنجرہ دور کیا جاسکتا ہے۔

اس شکاف میں عضلہ منتشر (platysma)، ردا اور مقدم و داجی رید (anterior jugular vein) کاٹ دیا جاتی ہے۔ حنجرہ اپنے علاقہ جات سے علیحدہ کر لیا جاتا ہے اور مندرجہ ذیل ساختیں کاٹی جاتی ہیں۔ قصبہ درقیہ (sterno-thyroid)، درقیہ لامیہ (thyro-hyoid) 'ابر یہ بلعومیہ (stylo-pharyngeus) 'حنکیہ بلعومیہ (palato-pharyngeus) اور تحتانی مضیق عضلات فوقانی اور تحتانی درقیہ (thyroid) شریانیوں کی حنجری شاخیں، فوقانی اور تحتانی حنجری عصاب لامی کبھی (hyo-epiglottic) اور لسانی کبھی (glosso-epiglottic) رابطات۔ اسکے بعد حنجرہ قصبہ سے علیحدہ کر لیا جاتا ہے اور نیچے سے بذریعہ تقطیع کاٹ دیا جاتا ہے۔ مری اور بلعوم کو علیحدہ

کرتے وقت قبل الذکر نالی میں سوراخ ہونے کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔

حنجرہ میں سے بالیدیں در قیہ شگافی (thyrotomy) کے عملیہ سے دو کریہ بگنی ہیں۔

در قیہ کے جناحین کو خط وسطی پر ملحدہ کر کے ایک دوسرے سے دور بٹا دیا جاتا ہے اور اس طرح حنجرہ کی اندرونی جانب معرا کر لیا جاتا ہے۔ ۵۴ سال سے اوپر کے مریضوں میں یہ غضروف خط وسطی پر متعظم ہو جاتی ہے اور اسے باریک آری سے کاٹنا پڑتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ موتی احوال خط وسطی کی ہر ایک جانب پر در قی غضروف کے مقدم کنارہ کے نقطہ وسطی کے قریب چسپیدہ ہوتے ہیں اور ان سے صین اوپر بلعینی شکن یا کا فب موتی احوال اور کلبی کی ڈنڈی مثبت ہوتی ہے۔

اجسام غریبہ اب در قیہ شگافی (thyrotomy) کی نسبت عام طور پر شعبہ بین نیلوں (bronchoscopic tubes) سے نکالے جاتے ہیں۔

حنجرہ کے بالائی نصف کے لمفی عروق فوقانی حنجری عروق کی متابعت کرتے ہیں اور

بالائی عمقی معقی غدد سے مل جاتے ہیں۔ ایک جھوٹا سا لمفی غدہ جو ثانوی سرطانی مطروح کا پہلا محل ہوتا ہے لامی ہڈی کے قرن کے نیچے در قی لامی (thyro-hyoid) غشا پر واقع ہوتا ہے (شکل ۵۵)۔ حنجرہ کے زیرین نصف کے عروق لمف تحتانی در قی عروق کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور ان عروق لمف میں سے گزرتے ہیں جو قصبہ کی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔

قصبہ شگافی (tracheotomy) اور حنجرہ شگافی (laryngotomy)۔

قصبہ کا طول تقریباً ۱۲ انچ ہوتا ہے اور اس کا زیادہ سے زیادہ عرض ۲ تا ۱ انچ ہوتا ہے۔ اسکے ارد گرد بہت ہی ڈھیلی ڈھالی القسانی بافت ہوتی ہے، جسکی وجہ سے نالی میں معتد بہ حرکت پذیر پائی جاتی ہے۔ قصبہ کی حرکت پذیر پیکوں میں بالغوں کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ اور قصبہ شگافی کی دقتوں میں اس سے اضافہ ہوتا ہے۔ اس طریق کار میں قصبہ کو غدہ در قیہ کی خاکنائے سے اوپر یا اسکے نیچے یا اسکے اندر سے خط وسطی میں دو تین حلقے کاٹ کر کھولا جاتا ہے۔ قصبہ جوں جوں نیچے اترتی ہے سطح سے دور ہوتی جاتی ہے اور اہم تر ساختوں سے تعلق پیدا کرنی جاتی ہے۔ اس لئے اگر دوسری حالتیں مساوی ہوں تو یہ نظر ہے کہ عملیہ جتنا اوپر سرانجام دیا جائے اتنا ہی بہتر ہوگا۔

قصبہ کا طول گردن میں اتنا زیادہ نہیں ہوتا جیسا کہ بعض اوقات پہلے پہل معلوم ہوتا ہے۔ اور قص سے اوپر عام طور سے سات یا آٹھ سے زیادہ قصبی حلقے (جنکی کل تعداد سولہ سے بیس تک ہوتی ہے) نہیں پائے جاتے۔ حلقے غضروف اور قصبی کٹاؤ کا درمیانی فاصلہ بہت اختلاف پذیر ہوتا ہے اور اسکا انحصار گردن کے طول، مرلیض کی عمر اور سر کی وضع پر ہوتا ہے۔ اگر ایسی حالت میں جبکہ سر عمود فقری پر آسانی سے ٹکا ہوا ہو قص سے عین اوپر قصبہ کا ۲ انچ حصہ معرا کر لیا جائے تو سر کی مکمل بسط کر دگی کی حالت میں قصبہ کا ۳ انچ حصہ اوپر کی طرف گردن میں کھینچ آئے گا۔ ٹیلو (Tillaux) کے مطابق بالغ میں حلقے غضروف اور قص کا تمام درمیانی فاصلہ اوسط میں تقریباً ۳ ۱/۲ انچ (۷ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ ۳ اور ۵ سال کے درمیان کی عمر کے بچے میں یہ کل فاصلہ تقریباً ۱ ۱/۴ انچ (۴ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ ۶ اور ۷ سال کے درمیان کی عمر کے بچے میں یہ تقریباً ۲ ۱/۲ انچ (۵ ۱/۲ سنٹی میٹر) ہوتا ہے، اور ۱۰ اور ۸ سال کے درمیان کی عمر کے بچوں میں یہ تقریباً ۳ ۱/۲ انچ (۹ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ تراش پر قصبہ کے ابعاد بہت اختلاف پذیر دکھائی دیتے ہیں، حتیٰ کہ ایک ہی عمر کے مختلف افراد میں یہ مختلف ہوتے ہیں۔ گوٹر سینٹ (Guersant) یہ بیان کرتا ہے کہ بالوں کے لئے قصبہ شکافی کی فیلیوں کا قطر ۱۲ ملی میٹر سے ۱۵ ملی میٹر تک ہونا چاہئے۔ اور ۱۸ مہینہ سے کم عمر بچوں کے لئے انکا قطر تقریباً ۴ ملی میٹر ہونا چاہئے۔

قصبہ شکافی (tracheotomy) کا عملیہ سرانجام دیتے وقت یہ ضروری ہے کہ سر جقدر ممکن ہو کھینچے کی طرف کو گردا دیا جائے اور ٹھنڈی کو قصبی کٹاؤ کی عین سیدھی جھیل کھائی تاکہ گردن کے خط وسطی کے تعلقات مصئون رہیں۔ سر کی مکمل بسط کر دگی سے جراح کو عملیہ کے لئے نہ صرف زیادہ گنجائش ہی مل جاتی ہے، بلکہ قصبہ بھی سطح سے قریب تر ہو جاتی ہے! ورنہ کوتاہنے سے یہ بہت کم حرکت پذیر ہو جاتی ہے۔

215

گردن کے خط وسطی میں قصبہ پر حلقے غضروف سے قص تک شکاف دیتے وقت مندرجہ ذیل حصے سامنے آتے ہیں:۔ جلد کے نیچے مقدم و داجی وریدیں پائی جاتی ہیں۔ یہ وریدیں قاعدۂ خط وسطی کی دونوں جانب پر کچھ فاصلہ پر واقع ہوتی ہیں اور سوائے ایک بڑی مستعرض ورید کے جو میاں و جہی فضا میں قص کے بالائی کنارہ پر واقع ہوتی ہے کسی اور ذریعہ سے مربوط نہیں ہوتیں بعض اوقات

المطالب علم کو اس امر کی یاد دہانی کجائی ہے کہ ۱۲، ۵ ملی میٹر = ۱/۲ انچ اور اسلئے ۴ ملی میٹر = تقریباً ۱/۲ انچ۔

قصبہ شگافی کے رقبہ کے عین سامنے بہت سی رابطہ شاخیں موجود ہوتی ہیں، یا قصبہ کے سامنے وریڈوں سے تقریباً ایک مضغیرہ بنجاتا ہے، یا ایک ہی وریڈ ہوتی ہے جو خط وسطی کا متبع کرتی ہے۔ اسکے بعد عسفی ردالمطی ہے جس میں عضلات قصبہ لاسیہ (sterno-hyoid) اور قصبہ یقیہ (sterno-thyroid) بند ہوتے ہیں۔ طرفین کے عضلات کے درمیان کا فرج معین نما ہوتا ہے اور یہ اس طرح واقع ہوتا ہے کہ قصبہ عضلی ریشوں کو تقسیم کرنے کے بغیر ہی معرا کیا جاسکتا ہے۔ درقی غدہ کی خاکنائے بالعموم قصبہ کے دوسرے تیسرے اور چوتھے حلقوں کو عبور کرتی ہے بعض اوقات اس سے اوپر اور فوقانی درقی وریڈوں کے درمیان ایک مستعرض ربطی شاخ پائی جاتی ہے۔ خاکنائے کے اوپر ایک وریڈی مضغیرہ پایا جاتا ہے جس میں سے تحتانی درقی وریڈیں نکلتی ہیں اور خاکنائے کے نیچے یہ وریڈیں قصبہ کے سامنے زیر ترین درقی شریا (thyroidea ima artery) کے ساتھ پائی جاتی ہیں (جبکہ یہ شریان موجود ہوتی ہے)۔ تحتانی درقی وریڈ بعض اوقات ایکہ احد تنے کی شکل میں پائی جاتی ہے جو خط وسطی پر واقع ہوتا ہے۔ شیرخوار بچہ میں دو سال کی عمر سے پہلے پہلے غدہ تیموسیہ (thymus) قصبہ کے سامنے ایک اختلاف پذیر فاصلہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ گردن کی عین جڑ پر قصبہ کو لاسمی (innominate) اور بائیں سباتی (left carotid) شریانیں اور بائیں لاسمی وریڈ عبور کرتی ہیں اور آخوکار فوقانی درقی شریان کی غیر طبعی شاخیں بھی بعض اوقات ہوا کی نالی کے بالائی حلقوں کو عبور کرتی ہیں۔ غدہ درقی کی خاکنائے کے زخمی ہونے کے خطرہ کے سلسلہ میں مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔ قصبہ شگافی سرانجام دیتے وقت یہ بغیر کسی زحمت کے پیش آنے کے کاٹی جاسکتی ہے۔ دوسری وسطی سیونوں کی طرح غدہ درقیہ کی خاکنائے کے خط وسطی کی عقیقیت بھی نسبتاً کم ہوتی ہے، گو اس میں سے خون استقدر بہتا ہے کہ حابس الدم چمکیوں کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ دکھایا جاسکتا ہے کہ غدہ درقیہ کی ایک جانب دوسری جانب سے محض جزوی طور پر ہی مشروب کیجا سکتی ہے (یعنی ایسے اشرب سے جو خاکنائے کو عبور کرے) شیرخوار بچوں میں قصبہ شگافی کی دقت کا انحصار گردن کے چھوٹا ہونے، زیر جلدی شحم کی مقدار، قصبہ کے گہرا واقع ہونے، اسکی جسامت کی چھوٹائی اور اسکی بہت سی حرکت پذیر ہونے اور دبانے سے اسکے باسانی مہبوط ہوسکتے پر ہوتا ہے۔ اگر اھنگی سرسری طور پر داخل کیجائے تو شیرخوار بچہ کی قصبہ کی طرف سے کوئی مزاحمت پیش نہیں آتی۔ اسکی حرکت پذیر ہونے اس قسم کی ہوتی ہے کہ بے احتیاطی سے یہ باسانی ایک طرف کو ٹل سکتی ہے اور اس لیے ناخوابہ کار عملیہ کن جلدی میں جو بعض اوقات لازم ہوتی ہے مری یا فقری ستون کو بھی پھیلنے لگتا ہے۔ مزید برآں بچہ میں

بالغ کے مقابلے میں بڑے بڑے عروق قصبہ کو زیادہ بلند لیول پر عبور کرتے ہیں۔ اور ایسے خدہ تیمو سے بھی جو نامناسب طور پر نمایاں ہو سیکندردقت پیدا ہوتی ہے۔ ایک واقعہ میں ایک شیرخوار بچہ میں قصبہ شنگائی کی نلی کے سرے سے جسکا دباؤ قصبہ کے سامنے کے رخ پر پڑا تھا ایک قرصہ پیدا ہو گیا تھا جو لاسمی شریان میں کھس گیا تھا (برٹش میڈیکل جرنل ستمبر ۱۹۷۷ء)۔ نلکی (cannula) داخل کرتے وقت اگر قصبی زخم کم ہو جائے تو یہ آسانی عنتی روداکے نیچے کی ڈھیل ڈھالی بافت میں گھس جاتی ہے اور خیال یہی ہوتا ہے کہ یہ ہوا کی نلی ہی میں ہے۔

حنجرو شنگائی (laryngotomy) میں ہوا کی گڈگڈ کو حلقی در (crico-thyroid) غشائیں ایک مستقیم شفاف دیکر کھولا جاتا ہے۔ حلقی در قی غشائی کی انتہائی بلندی۔ بخوبی نمویافتہ بالغ موضوعات میں تقریباً ۱/۲ انچ ہی ہوتی ہے۔ اور بچوں میں یہ اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ اس میں سے نلکی داخل نہیں کیجا سکتی۔ حلقی در قی شریانیں اس فضا کو حلقی غصروف سے عین اوپر عبور کرتی ہیں۔ اور انکو کاٹنے سے اجتراز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ انکی جسامت عام طور پر بہت ہی غیر اہم ہوتی ہے اور یہ کوئی تکلیف نہیں دیتیں۔ مگر گاہے گاہے یہ عروق عظیم الجسامت بھی ہوتے ہیں اور ایسے واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے جن میں ان عروق سے خطرناک زف ہی نہیں بلکہ منک زف بھی واقع ہو چکا ہے (ڈرہیم: Durham)۔ جب نلکی داخل کیجاتی ہے تو یہ قصبہ میں جلنے کی بجائے پیمصل کر حلقی در قی غشا اور مخاطی استر کے درمیان آسانی چلی جاتی ہے۔ چونکہ حلقی در قی غشا اوپر کی طرف مہوتی احوال سے تسلسل رکھتی ہے اسلئے یہ مناسب ہے کہ اس میں سے جو شنگاف دیا جائے وہ در قی کی بجائے حلقی کے زیادہ نزدیک ہو، ورنہ احوال کے ڈھیلے ہو جانے اور آوازیں تغیر آجانے کا امکان ہوتا ہے۔

217

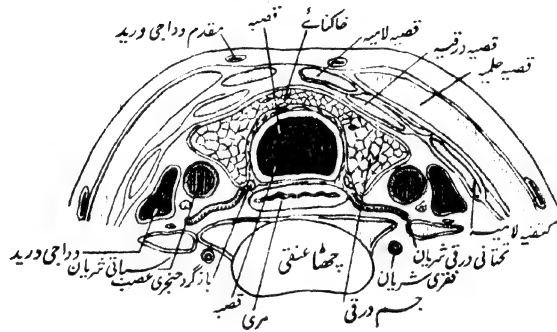
اجسام غریبہ اکثر دوران نفس میں سانس کے ساتھ اندر چلے جاتے ہیں۔ اور حنجرو فوقانی روزن یا فتق المر (rima) میں اٹک سکتے ہیں۔ یا یہ لطین (ventricle) میں چلے جاتے ہیں۔ یا قصبہ میں پھنس جاتے ہیں اور یا کسی شعبہ میں داخل ہو جاتے ہیں۔ شعبہ میں داخل ہونے والا جسم غریب عام طور پر دائیں شعبہ ہی کا انتخاب کرتا ہے کیونکہ اسکا روزن بائیں نلی کے روزن کی نسبت قصبہ کے مرکز کی زیادہ سیدھے میں ہوتا ہے۔ سانس کے ساتھ در کشیدہ اجسام غریبہ کے خطرہ کا انحصار اتنا اس میں کافی انداز پر نہیں ہوتا جو ان سے پیدا ہوتا ہے، جتنا کہ یہ مزار کے اس تشنج پر ہوتا ہے جسکو یہ اجسام معکوس فراش سے پیدا کرتے ہیں۔ مگر بعض اوقات جسم غریب لطین (ventricle)

میں زیادہ تکلیف دینے کے بغیر ہی کچھ عرصہ تک پڑا رہتا ہے۔

درقی جسم (thyroid body) - اس جسم کا ہر ایک لختہ اپنے اپنے عظیم ترین حصہ پر

۲ انچ لمبائی ۱ انچ چوڑائی اور ۳ انچ موٹا ہونا چاہئے۔ جب درقی غدہ ان پھیلاؤ سے واضح طور پر متجاوز ہو تو اسے کلانی یافتہ تصور کیا جاسکتا ہے۔ اسکا وزن عام طور پر ۱ اور ۲ اونس کے درمیان ہوتا ہے۔ اسکی تینوں سطحوں میں سے (شکل ۵۳) مقدم سطح تحتانی لامی عضلات سے ڈھکی ہوتی ہے۔

218



شکل ۵۳۔ انسانی تراش جو درقی جسم کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

اور اندرونی سطح حنجروہ اور قصبہ پر منکمر ہوتی ہے اور بیرونی یا موخر سطح باقی غلاف کو پوشیدہ کرتی ہے۔ اسکے نمایاں موخر کنارہ کا زیرین حصہ بازگرد حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) اور مری سے مس کرتا ہے۔ ہر ایک لختہ درقی غضروف کے تقریباً وسط سے لیکر قصبہ کے چھٹے حلقہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ عورتوں میں مردوں کی نسبت یہ زیادہ بڑا ہوتا ہے اور دایاں لختہ بائیں کی نسبت بالعموم بڑا ہوتا ہے۔ ان امور کے ساتھ ہی یہ بھی معلوم کر لینا چاہئے کہ درقی کلانیال (گھینگا) عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہیں! اور ہر حالت میں پہلے پہل انکے زیادہ تر دائیں جانب پردیکھے جانے کا امکان ہوتا ہے۔ چونکہ خاکائے (isthmus) قصبہ و حنجروہ سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے اسلئے نکلنے کے دوران میں یہ اوپر نیچے حرکت کرتی ہے۔ اور یہ امر گھینگے کے

دوسرے عقی سلعات سے تشخص کرنے میں نہایت ہی عظیم الامہیت ہے۔ عقی ردا کا ایک مضبوط زائدہ (ہیری: Berry) کا تعلیقی رباط) اس غدہ کو حلقہ غرضوف کی ہر ایک جانب سے باندھ دیتا ہے اور قبل اسکے کہ اسکامل طور پر علحدہ کرنا ممکن ہو اسے کاٹنا پڑتا ہے۔ جب غده درقیہ کلائی یافتہ ہو جاتا ہے تو یہ جانبین پر قصبہ میں بد شکل پیدا کر دیتا ہے اور اسے تنگ کر دیتا ہے۔ جس سے ”نیام“ (scabbard) کا سامنظر پیدا ہو جاتا ہے۔ اور جب کلائی سرمت کے ساتھ واقع ہوتی ہے تو اس حالت کے رونما ہونے کا اور زیادہ امکان ہوتا ہے۔ کیونکہ اس کا جسم قصی لامی (sterno-hyoid) قصی درقی (sterno-thyroid) اور کتفی لامی (omo-hyoid) عضلات سے اپنی جگہ پر جما رہتا ہے۔ درقی جسم کی موضی بیرونی سطح بڑے بڑے عروق کے غلاف کے ساتھ مس کرتی ہے اس لئے جب یہ غدہ کلائی یافتہ ہو جاتا ہے تو اس میں سے ان عروق کے نمبانات باسانی منتقل ہوتے رہتے ہیں (شکل ۵۳) مزید برآں پیچھے کی طرف یہ عام طور پر بلعوم کے یرین حصہ اور مری کے بالائی حصہ کو مس کرتا ہے اور اس رخ میں جو کلائیوں واقع ہوتی ہیں ان سے اور نیز اس مداخلت سے جو ابتلاع میں منجر کی حرکت میں واقع ہوتی ہے اس تکلیف کی توجیہ ہو سکتی ہے جو گلنے کے دوران میں گھسکے میں اکثر دیکھنے میں آتی ہے۔

219

درقی غدہ کی خاکائے اس عطفہ سے نمویاتی ہے جو مضغہ میں بلعوم کی اگلی دیوار سے زبان کے چانوی اور لامی حصوں کے درمیان سے بروز کرتا ہے (شکل ۵۶ صفحہ 231) زبان کا سورخ (foramen caecum) اس نقطہ کو ظاہر کرتا ہے جہاں سے یہ عطفہ بلعوم سے پیدا ہوا تھا۔ اس سورخ سے بعض اوقات ایک قنات نکلتی ہوئی پائی جاتی ہے (درقی لسانی: thyro-glossal) جو عظم لامی کے قریب کے معین غدی نو دوں کو جاتی ہے۔ اس ہڈی کے قرب و جوار میں معین غدے اور چھوٹے چھوٹے دویرے جن کا استر مرحلہ سے بنا ہوتا ہے اکثر پائے جاتے ہیں۔ یہ غدے معین نام نہاد ہرم یا وسطی نختہ کے اس ابتدائی عطفہ کی گردن کا باقی ہوتے ہیں۔ عظم لامی کے لیول کے نیچے وسطی غنچہ (median bud) تقسیم ہو جاتا ہے۔ اس لئے ہرمی نختہ وائیں یا بائیں قسمت کا قائم مقام ہوتا ہے اور کبھی خط وسطی میں واقع نہیں ہوتا۔ ہرم (pyramid) جو عضلہ رافعہ درقیہ (levator thyroideæ) کے ذریعہ سے عظم لامی کے ساتھ تقریباً ہمیشہ ملا ہوتا ہے امتحان کردہ موضوعات میں سے ۹ فیصدی میں موجود ہوتا ہے (سٹرکیسن: Streckeisen)۔ جانبی نختہ چوتھی مثانی درزوں سے نمویاتے ہیں (شکل ۵۶)۔ وسطی عطفہ گاہے گاہے جانبی درزوں میں سے

ایک کے ساتھ متحد ہونے میں ناکام رہ جاتا ہے۔ اس حالت میں خاکنائے کا کچھ حصہ غائب ہوتا ہے۔
چھوٹے چھوٹے معین درقی اجسام اکثر موجود ہوتے ہیں۔

غده درقیہ کے ذلول سے یا مرض سے اس کے تباہ ہونے سے جسم کا ایک عمومی عارضہ پیدا

ہو جاتا ہے جو مخاطی اذیمیا (myxoedema) کے نام سے موسوم ہے۔ یہ عارضہ قمائت

(cretinism) سے خاص کر جہان تک اس کے گھینگے کے مریضوں میں پائے جانے کا تعلق ہے قریباً
مشابہت رکھتا ہے۔ مخاطی اذیمیا (myxoedema) عملیہ سے تمام غده کا استیصال کر دینے کے بعد
نمودار ہوتا ہے اور یہ بندروں میں غده کے تجزیاتی از لہ سو پیدا کیا جا چکا ہو مخاطی اذیمیا (myxoedema)
کا ایک نمایاں خاصہ زیر جلدی بافتوں کا ورم ہے جو زیر جلدی بافتوں میں ایک مخاطین نما جسم کے
اجتماع سے پیدا ہوتا ہے۔

220

عرق صرکی اعصاب درقیہ تک عنقی مشار کی سلسلہ کے یزیرین حصہ کے راستے سے
پہنچتے ہیں اور اسی راستے سے اعصاب اوپر کی طرف کو آنکھ تک جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 68) ایرا
معلوم ہوتا ہے کہ یہ اعصاب مرکزی طور پر غالباً نخاع مستطیل سے تعلق رکھتے ہیں کیونکہ بعض حالتوں میں
درقیہ کی کلافی کے ساتھ آنکھ کا بروز بھی پایا جاتا ہے (مخوٹلی گھینگ: exophthalmic goitre)۔
ایشر (Asher) اور فلیک (Flack) نے یہ دریافت کیا ہے کہ جسم درقی کے اندرونی افسراز میں
حنجرہ اعصاب کے مہجان سے زیادتی پیدا کی جا سکتی ہے۔

غده درقیہ کے عروق لمف کثیر التعداد ہیں اور یہ عمیق عنقی اور فوقانی منصفی
(superior mediastinal) لمفی غدد کو جاتے ہیں۔

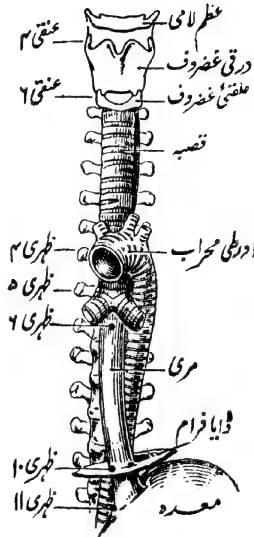
عرقی رسد۔ فوقانی درقی شریان غده میں جانبی لختہ کے راس پر پہنچتی ہے اور زیادہ تر
اسکی مقدم سطح پر منقسم ہوتی ہے۔ تحتانی درقی شریان اس لختہ کے یزیرین حصہ میں اسکی موخر جانب پر داخل
ہوتی ہے۔ غده کے استیصال میں اس عرق کو باندھتے اور غده کے یزیرین حصہ کو چھڑاتے وقت باز گرد
حنجرہ عصب (recurrent laryngeal nerve) کو ضرر پہنچنے کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔ اگر یہ
کٹ جائے یا بندش میں آجائے تو حنجرہ کے وہ جملہ عضلات جو اس طرف ہوتے ہیں سوائے عضلہ حلقیہ
درقیہ (crico-thyroid) کے مشلول ہو جاتے ہیں۔ زیر ترین درقی مشریان (thyroidea)
(innominate) جو جسم درقی کیلئے ایک زائد عرق ہوتا ہے اور جو عام طور پر لاسمی (innominate)

سے پیدا ہوتی ہے اور تھبہ کی اگلی جانب پر اوپر کی طرف کو جاتی ہے ہر دس موضوعات میں سے ایک میں پائی جاتی ہے۔

221

نزد درقیے (parathyroids) چھوٹے چھوٹے بیض نما اور جلی ہوئی مٹی (terra-cotta) کی رنگت کے اجسام ہوتے ہیں، جنکی جسامت میٹر کے چھوٹے چھوٹے دانوں کے برابر ہوتی ہے۔

انکے ترکیبی غلیات عظیم الجسامت اور کثیر الافصلاع ہوتے ہیں اور انکا خلیہ مائیٹوسین (eosine) سے سہل التوشیہ ہوتا ہے اور یشبک عائد میں مجتمع ہوتے ہیں۔ تمام یا اکثر نزد درقیوں کو دور کر دینے یا انکو ضرر پہنچنے سے ٹکڑ پیدا ہو جاتا ہے، اور کیلسیم کے تحول میں نقائص پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ ہر ایک طرف بالعموم دو ہوتے ہیں۔ ایک جسم درقی کے جانبی غتہ کے زیر قطب کے پیچھے اور دوسرا عثمانی درقل (inferior thyroid) کی انتہائی شناخوں کے نیچے ہیں۔ فارستھ (Forsyth) کا یہ بیان ہے کہ جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے انکی جسامت گھٹتی جاتی ہے۔



مری (oesophagus) یا غذا کی

شکل ۵۴۔ مری اور اسکے تعلقات۔

نلی (gullet) (شکل ۵۴) چھٹے غتقی فقرہ کے مقابل یعنی حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے زیر کنارے کے پیچھے شروع ہوتی ہے۔ اور ڈایا فرام کو دسویں نظری فقرہ کے مقابل منقبت کرتی ہے۔ اس مقام کی نشان دہی کم پر نویں نظری فقرہ کے منراکب شکوک سے ہوتی ہے۔ اس شکوک کے ذرا بائیں طرف سماع الصدر رکھ کر سیال معدہ میں داخل ہوتا ہوا سنا جاسکتا ہے۔

چھوٹے سے زیر ڈایا فرامی ممر کے بعد جو تقریباً ۱۶ انچ کے قریب ہوتا ہے، یہ معدہ میں گیارھویں نظری فقرہ کے تقریباً بالائی حصہ کے لیول پر کھلتی ہے۔ غذا کی نالی میں تین خم ہوتے ہیں۔ ایک مقدم موخر جو شکوک عمود کا منظر ہوتا ہے۔ اور دوسرے دو جانبی ہوتے ہیں۔ خط وسطی پر سے

یہ شروع ہوتی ہے، اور گردن کی حرکت بائیں جانب کو ذرا سی منحرف ہو جاتی ہے۔ پھر یہاں سے پانچویں ٹھہری فقرہ تک یہ خط و سطی تک بتدریج واپس آ جاتی ہے! اور انجام کار یہ پھر بائیں طرف کو مڑ جاتی ہے، اور ساتھ ہی ڈایا فرام کو منتقب کر نیچے لے آگئے کی طرف کو بڑھتی ہے۔ باوجود ان خنواؤں کے ماہرین استوار اور سیدھی معدہ میں منہ سے معدہ تک گذار سکتے ہیں۔ اسکی لمبائی ۹ سے ۱۰ انچ تک ہوتی ہے۔ غذا کی ملی میں تین ٹنگ حصے ہوتے ہیں۔ ایک اسکی ابتدا پر ہوتا ہے اور ایک وہاں ہوتا ہے جہاں بایاں شعبہ اسکو عبور کرتا ہے اور تیسرا وہاں ہوتا ہے جہاں یہ ڈایا فرام میں سے گزرتی ہے۔ انہی تین ٹنگ مقامات پر اجسام غریبہ کے اکٹھے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے اور اکل اشیا کے نکلنے سے یہیں تصفیقات نمودار ہوتے ہیں اور سرطان کے پیدا ہونے کا سب سے زیادہ امکان بھی یہیں ہوتا ہے۔ بوجی (bougie) گذارتے وقت یہ مقامات سامنے کے دانتوں سے ۷، ۱۱، ۱۲ انچ اور ۱۷ انچ کے فاصلہ پر پائے جاتے ہیں۔ جیسا کہ طعام بیریم سلفیٹ (barium sulphate meal) کے کھلانے کے بعد شعاعی ترسیم میں دیکھا جاتا ہے، پہلا بچاؤ چھٹے غنی فقرہ کے سایہ کے مقابل اور دوسرا چھٹے ٹھہری فقرہ کے سایہ کے مقابل اور تیسرا دسویں ٹھہری فقرہ کے لیول پر پایا جاتا ہے۔ مری کی ابتدا اور انتہا پر تنگی پائے جانے کی وجہ یہ ہے کہ ان مقامات کا عضلی نظام عاصری نوعیت کا ہوتا ہے۔ اور غذا گذارنے کے وقت کے علاوہ ان مقامات پر دروند بند رہتا ہے۔ بعض حالتوں کے زیر اثر مری نیچے کمرے کے عاصری تشنج کی حالت پیدا ہو جاتی ہے، جس سے اجتماع غذا کے باعث مری میں تساع واقع ہو جاتا ہے۔ مری کے کھلا ہونے کی حالت میں ان مقامات میں سے ہر ایک کا قطر ۱/۲ انچ (۱۳ ملی میٹر) سے ذرا زائد ہوتا ہے اور باقی مقامات پر تقریباً ۳/۴ انچ (۷ تا ۲۱ ملی میٹر) ہوتا ہے۔ زور سے اتساع کرنے سے اوپر کے دونوں ٹنگ حصے ۱۸ تا ۱۹ ملی میٹر تک اور نیچے کا حصہ ۲۵ ملی میٹر اور باقی غذا کی نالی تقریباً ۱/۲ انچ (۳۵ ملی میٹر) کے قطر تک تسع کی جا سکتی ہے۔

مری کے علاقہ جات میں سے مندرجہ ذیل امور کی مثالیں جراحی مزا و دست میں دیکھنے میں آتی ہیں:- غذا کی ملی تقریباً تمام ممر میں فقری عمود کی سامنے کی طرف سے قریبی تعلق رکھتی ہے۔ گردن میں قصبہ اسکے صین سامنے ہوتا ہے۔ صدر میں بایاں شعبہ بائیں شعبتی خند و گرد قلب اور بایاں بطین اسکے سامنے ہوتے ہیں اور دونوں اعصاب تائیہ (vagi) اسکے ارد گرد ایک ضغیرہ بنادیتے ہیں۔ بائیں شعبتی خند و کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں بعض اوقات غذا کی ملی پر دباؤ ڈال دیتے ہیں اور بعض اوقات اس سے منغم ہو جاتے ہیں اور بعض اوقات یہاں تک بھی ہوتا ہے کہ یہ اس میں

مختص المقام لینت پیدا کر دیتے ہیں اور علفات کی پیدائش کا باعث بھی ہوتے ہیں۔ صدری قنات (thoracic duct) صدر کے بالائی حصہ میں پیچھے سے گذر کر غذا کی نلی کی بائیں جانب پر آ جاتی ہے۔ اور اونچے کے حصہ میں اور طہ جو پہلے مری کی بائیں جانب ہوتا ہے، بتدریج اسکی پھیل جانے پر پہنچ جاتا ہے۔ مزید برآں یہ کسی حد تک دونوں پلوراؤں سے بھی تعلق رکھتی ہے۔ گردائیں جانب کی غشا سے اسکا تعلق خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔ اخیر میں باز گرد خجری (recurrent laryngeal) عصب اسکے اور قصبہ کے درمیان اوپر کی طرف کو جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۲ صفحہ 264)۔

مری کی حسی عصبی رسل زیادہ تر جیل کے پانچویں نہری قطعہ سے آتی ہے (ہینڈ Head: غذا کی نلی کے سرطان یا احتراقات کی حالت میں درو اس قطعہ کی جلد سے منسوب ہوتا ہے) (دیکھو شکل ۸۵ صفحہ 390)۔

جو اجسام غریبہ غذا کی نلی میں پھنس جاتے ہیں ان سے تقرحات کے پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے جو بعض اوقات ہم پہلو حصوں مثلاً اور طہ، قصبہ یا شعبہ میں کھل جاتے ہیں۔ غذا کی نلی کا سرطان جب پھیلتا ہے تو ہم پہلو حصوں پر اسکے حملہ آور ہونے اور خالص قصبہ یا شعبہ جات میں کھل جانے کا امکان ہوتا ہے۔ پلورا تک پھیلنے کی حالت میں یہ بالعموم دائیں پلورا پر اثر انداز ہوتا ہے کیونکہ یہ غشا غذا کی نلی سے زیادہ قریبی تعلق رکھتی ہے۔ غذا کی نلی کا سرطان کبھی کبھی اس طرح پھیلتا ہوا بھی دیکھا گیا ہے کہ اس سے جسم درنی گرد قلب اور شش ماؤف ہو گئے ہیں۔ اور ایک حالت میں بین ضلعی شریان اور دوسری میں دائیں زیر ترقوی (subclavian) کھل گئی تھی۔

مریوی تشوہات (oesophageal malformations) - نوزائیدہ

میں مری کا بالائی حصہ بعض اوقات کورانہ ختم ہو جاتا ہے اور نیچے کا حصہ ایک فتح سے شروع ہوتا ہے جو قصبہ کے دو حصوں میں منقسم ہونے کے مقام میں یا اسکے قریب واقع ہوتا ہے۔ چنانچہ دودھ پہلے خجڑہ اور قصبہ سے گذر کر ہی معدہ میں جاسکتا ہے۔ دم گھٹنے یا غنغنی ذات الریہ سے موت جلد ہی واقع ہو جاتی ہے۔ یہ حالت اس فاصل کے سوؤنو کا نتیجہ ہوتی ہے جو آخر میں قصبہ اور مری کو علیحدہ

کرتا ہے۔ غشاء کے مخاطی کے فشاری عطفات (pressure diverticula) گاہے گاہے موثر جانب پر مری اور بلعوم کے مقام اتصال پر مری کے بالائی عاصہ کے سین اور پرونا ہو جاتے ہیں۔ یہ بلعومی جیبوں (pharyngeal pouches) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ اور عضلہ مضیقہ تحنا نیہ (inferior constrictor) کے یوین کنارہ اور ان عاصری ریشہ جات کے درمیان بروز کرتے ہیں جو مری کے بلعومی دہنہ کو گہیرے ہوتے ہیں۔ یہ عطفات اس لئے حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے مقابل پیدا ہوتے ہیں۔ چونکہ جیب کا قعر مری کے بالائی سرے اور عمود شوکی کے درمیان واقع ہوتا ہے اس لئے جب یہ غذا سے پُر ہوتا ہے تو مری کی ابتدا کو لازمی طور پر مضبوط کر دیتا ہے۔ شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے کہ یوین سرے کے قریب مقدم دیوار سے چھوٹے چھوٹے جری عطفات (traction diverticula) پیدا ہو جاتے ہیں۔

224

پھنسنے ہوئے اجسام غریبہ بالعموم مری بین (oesophagoscope) میں سے

دور کئے جاتے ہیں۔ مگر کبھی کبھی جب یہ آلہ حاصل نہیں ہو سکتا مری شنگافی (oesophagiotomy)

کرنا لازم ہوتا ہے۔ غذا کی نلی تک عام طور پر بائیں جانب سے رسائی کی جاسکتی ہے کیونکہ یہ اسی طرف کو زیادہ نکلی ہوئی ہوتی ہے۔ شنگاف عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) اور قصبہ کے درمیان اسی رخ میں دیا جاتا ہے جس میں مشترک سباتی (common carotid) کے باندھنے کے لئے دیا جاتا ہے۔ درقی غضروف کی چوٹی سے لیکر قصی ترقوی مفصل تک کاٹ دیا جاتا ہے۔ عضلہ کتقیہ لامبیہ (omo-hyoid) کو یا تو باہر کی طرف کھینچ لیا جاتا ہے یا اسے کاٹ دیا جاتا ہے۔ بڑے بڑے عروق، عجزہ یا ورغده درقیہ ایک طرف کو کھینچ لئے جاتے ہیں اور اس امر کے متعلق ضرور احتیاط کرنا چاہئے کہ نہ تو یہ ساختیں زخمی ہوں اور نہ درقی عروق صدری قنات (thoracic duct) یا بازگرد عصب (recurrent nerve) ہی کو نقصان پہنچے۔ جب غذا کی نلی مبرا ہو جاتی ہے تو اسے انتصابی شنگاف سے کھولا جاتا ہے۔ جب کبھی اس نلی کے عنقی حصہ سے کسی عطفہ یا سرطان کی علحدگی مقصود ہو تو اس تک اسی طرح رسائی حاصل کیجا سکتی ہے۔ صدری حصہ تک بائیں جانب پچھلی طرف سے کئی ایک پسلیاں دور کرنے اور مری تک پورا کے باہر سے رسائی کرنے سے پہنچا جاسکتا ہے (لی لیلینٹھال: Lilienthal)۔

بڑے بڑے عرقی عروق۔ بڑے بڑے عرقی عروق کا ممر اور انکے تعلقات اور

تقسیمات معہ ان عملیہ جات کے جن سے ان پر بندش لگائی جاسکتی ہے اور نیز ان طریقہ ہائے کار کے متعلق ذرا ذرا سی باتیں نہ صرف عملی جراحی کی کتابوں میں بلکہ تشریح کی بڑی بڑی انصافی کتابوں میں بھی اس تفصیل سے بیان کی گئی ہیں کہ یہاں اس مضمون کے متعلق کچھ کہنے کی ضرورت نہیں۔ سبائی (carotid) اور زیر ترقوی (subclavian) شریانوں کے بڑے بڑے تعلقات شکل نمبر ۱۹۷ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔

چونکہ عرقی اتصالی بافت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے، اس لیے اس میں انورسما پیدا ہو کر تیزی سے بڑھ سکتے ہیں اور ”دباؤ کے علامات“ بالعموم جلد ہی پیدا ہو جاتے ہیں۔ انکی مثالیں چہرہ اور جوارحہ اعلیٰ کا نمایاں تہج اور نیلا پن ہیں جو بڑی بڑی وریدوں پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے ہیں اور منجری علامات ہیں جو باز گرد عصب (recurrent nerve) یا قصبہ پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے ہیں اور ڈایا فرام کاشنج ہے جو ڈایا فرامی (phrenic) عصب پر دباؤ پڑنے سے رونما ہوتا ہے اور مشار کی کا خدر، اور دوران سراور ناقص بصارت ہیں جو دماغ کی عدم توت سے پیدا ہوتے ہیں۔

225

صرع کے مریضوں میں فقری شریان (vertebral artery) پر بندش لگائی جاسکتی ہے، مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ اس سے فائدہ ہوا ہے یا نہیں۔ اسکے ارد گرد عرق حوکی اعصاب ہوتے ہیں جو تحتانی عرقی عقدہ سے آتے ہیں اور یہ لازمی طور پر ساتھ ہی بندھ جاتے ہیں۔ اس شریان تک عضلہ قصبہ صلبہ (sterno-mastoid) کے موخر کنارہ کے ساتھ ساتھ ترقوہ کے مین اوپرنگاف دینے سے رسائی کیجا سکتی ہے (دیکھو شکل نمبر ۱۹۷)۔ اسکے بعد سبائی درنہ (carotid tubercle) کی تلاش کیجاتی ہے اور عموداً اسکے نیچے عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anterior) اور عضلہ طویلہ عنقیہ (longus colli) کے درمیانی رخنہ میں شریان واقع ہوتی ہے اس طریق کار میں معتدبہ دقتیں پیش آتی ہیں۔

وریدوں میں ہوا کا دخول۔ گردن کی وریدیں تنفسی حرکات کے زیر اثر

ہیں۔ انہیں بہبوط واقع نہیں ہوتا کیونکہ یہ ارد گرد کی رداؤں سے چسپیدہ ہوتی ہیں اور اس کی

ایک عمدہ مثال اس مقام پر پائی جاتی ہے جہاں خارجی وداچی (external jugular) ورید عمقی ردا کو فوق تر قوی فضا میں منتقل کرتی ہے۔ دورانِ شہیق میں یہ عروق کم و بیش طور پر خالی ہو جاتے ہیں۔ اور دورانِ زفیر میں یہ کلانی یافتہ اور نژاد وار ہو جاتے ہیں۔ بہت کم کم کراس اس آئینگی حالت میں انجی جسامت سے غفلت بہت ہی بڑی ہو جاتی ہے۔ دوسری وریدیں جو صدر کی امتصاصی قوت کے زیر اثر ہیں صرف غلبی ورید اور اسکی بڑی بڑی معاون وریدیں ہیں۔ جب ان عروق میں سے کوئی ایک زخمی ہو جاتا ہے اور زخم ایک لمحہ کے لئے خشک رہتا ہے تو دورانِ شہیق میں ہوا آسانی سے اندر کھچ جاتی ہے اور اس سے دموی عروق شعریہ کی سدا دیت پیدا ہو جاتی ہے۔

گردن کی وریدوں کے اندر کے مصاریع - زیر تر قوی

(subclavian) اور انکی معاون وریدوں میں مصاریع با فراط پائے جاتے ہیں۔ گردا خلی وداچی (internal jugular) میں صرف ایک جوڑا ہوتا ہے جو اس مقام پر واقع ہوتا ہے جہاں یہ ورید لاسمی ورید (innominate vein) میں داخل ہو کر ختم ہو جاتی ہے لاسمی ورید اور فوقانی ورید اجوف (superior vena cava) میں مصاریع نہیں ہوتے۔ جب صدر میں وریدیں دباؤ بہت بڑھ جاتا ہے جیسا کہ بھاری بوجھ اٹھانے کی حالت میں ہوتا ہے تو صرف اعلیٰ وداچی ورید کے نہائی مصراع ہی اس دباؤ کو دماغ میں منتقل ہونے سے روکتے ہیں۔ جن حادثات میں صدر دغوتہ مضبوط ہو گیا ہو انہیں سراور گردن حادثہ کے بعد کئی دنوں تک نیلے رہتے ہیں (ضربی تے نفنسی : traumatic asphyxia)۔ یہ نیلا پن غالباً وداچی مصراعوں کے کمزور ہو کر راستہ دے دینے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس لیے سراور گردن کے عروق شعریہ پر اس سے زیادہ دباؤ پڑ جاتا ہے جتنا کہ وہ برداشت کر سکتے ہیں۔

جمل مشارکی کا حصہ عمقی - اگر گردن کے کسی عملیہ کے دوران میں جمل مشارکی

جو فوقانی وسطیٰ اور تحتانی عمقی عقدوں کو ملاتا ہے کٹ جائے یا کسی بندش میں شامل ہو جائے تو واضح علامت کا ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے جو زیادہ تر اسی طرف کی آنکھ اور مجریں دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ یاد ہو گا کہ جو عصبی ریشہ جات عینیہ کے متبع عضلہ اوپر کے پوٹے کے غیر مختلط جفنی عضلہ مجر کے غیر مختلط عضلہ اور چہرہ کے عقی غدد کو رسد پہنچاتے ہیں اور نیز چہرہ، زبان اور گردن کی

اور منصفی (mediastinal) غدود کے ساتھ مسلسل ہو جاتا ہے۔

یہ غدود اکثر کلائی یافتہ اور ملتبہ ہو جاتے ہیں اور لمفی نظام کے اسی حصہ میں لمفی غدود کی تدریجی کلائی نہایت کثرت سے پائی جاتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ غدود میں جو الہیاتی عوامل پائے جاتے ہیں وہ ہمیشہ ثانوی قسم کے ہوتے ہیں اور اطراف جسم کے ان حصوں کے اختلالات کا نتیجہ ہوتے ہیں جن سے یہ فرداً فرداً لُف وصول کرتے ہیں۔ لہذا یہ مناسب ہو گا کہ بعض غدود کے تعلقات کو اطراف جسم کے بعض حصوں سے منسوب کر لیا جائے۔

چاندلی۔ مونو حصہ = قذالی اور پس اذینی غدود۔ جبہ اور جداری حصہ جات = پیش اذینی غدود (شکل ۵۵)۔

مزید آس چاندلی کے عروق غدود کے سطحی عنقی گروہ میں بھی داخل ہوتے ہیں۔
چہرہ اور گردن کی جلد = زیر چانوی۔ پیش اذینی اور سطحی عنقی غدود۔

229

اذن خارجی = سطحی عنقی غدود۔

نیچے کالِب = زیر چانوی اور فوق لامی غدود۔

کہفہ دہن = زیر چانوی غدود اور عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔

نیچے کے جڑے کے مسوڑے = زیر چانوی غدود۔

زبان۔ مقدم حصہ = فوق لامی اور زیر چانوی غدود۔ مونو حصہ = عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔

لوزین اور حنک = عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔

بلعوم۔ بالائی حصہ = پیش اذینی اور پس بلعومی غدود۔ زیرین حصہ = عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔

خنجرہ۔ مجر اور منہ کی چھت = عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔

انفی حفرہ جات = پس بلعومی غدود۔ عمیق عنقی غدود (بالائی گروہ)۔ ان حفرہ جات کے

مونو حصہ کے بعض لمفی عروق پیش اذینی غدود میں داخل ہوتے ہیں۔

عمیق عنقی غد کے دور کرنے میں متعدد بافتوں کے زخمی ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ غد اکثر داخلی و داجی (internal jugular) ورید کے ساتھ مضبوطی سے منضم ہو جاتے ہیں۔ بالاترین غد شوقی معین (spinal accessory) عصب کو گھیرے ہوتے ہیں۔ سطحی عنقی اعصاب زیریں عمیق عنقی گروہ کے غد میں سے گزرتے ہیں۔ صدری قنات (thoracic duct) بائیں ترقوی حفرہ کے غد کو علیحدہ کرنے کے دوران میں زخمی ہو چکی ہے۔

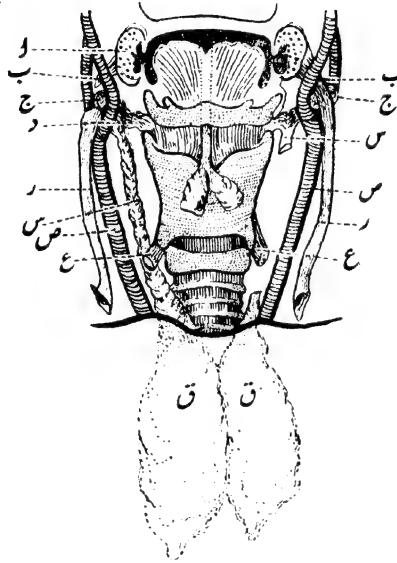
صدری قنات (thoracic duct) گردن میں۔ اگر ترقوہ کے

بالائی کنارہ پر اسکے قصی سرے سے ۱ انچ کے فاصلہ پر ایک نقطہ مقرر کیا جائے تو یہ داخلی و داجی اور زیر ترقوی وریدوں کے درمیانی زاویہ کی نشاندہی کرے گا جس پر یا جس کے نزدیک صدری قنات ختم ہوتی ہے۔ ان ۴۰ اجسام میں سے جن پر ایف۔ جی۔ پارسنس (F. G. parsons) اور پی۔ ڈبلیو۔ جی۔ سارجنٹ (P. W. G. Sargent) نے تحقیق کی ہے، ۳۵ میں یہ قنات داخلی و داجی ورید کے انتہائی سرے پر ختم ہوتی ہوئی پائی گئی۔ ان واقعات میں سے تقریباً نصف میں قنات کا آخری حصہ منقسم ہو گیا تھا۔ اس کے کثیر دودھنہ جات ہوتے ہیں اور بعض اوقات ان کی تعداد چار تک بھی پہنچ جاتی ہے۔ اختتام پر یہ قنات مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) اور ڈیافرامی (phrenic) عصب پر سے باہر کی طرف کو اپنے مقام دخول سے اوپر خم کھاتی ہے جہاں اس میں بالعموم مصاریع ہوتے ہیں۔ اس قنات کی بندش سے قاعدۂ ناموافق علامات پیدا نہیں ہوتے، اور یہ اس کے اور صدر کی دائیں جانب کیے عروق لف کے درمیان آزاد تنہم موجود ہونے اور مجسود ویدوں (azygos veins) کے ساتھ رابطہ رکھنے کا نتیجہ ہے (لیف: Leaf)۔ جب یہ قنات بائیں شترک بباتی (common carotid) اور زیر ترقوی (subclavian) شریانوں کے پیچھے سے گردن میں داخل ہونے کے لئے اوپر کی طرف چڑھتی ہے تو یہ پھیپھڑے کے پورے سس کرتی ہوئی جاتی ہے۔ دائیں جانب میں قنات صدری (thoracic duct) کا قائم مقام دایاں لمفی تنہا ہوتا ہے۔ ان دونوں بڑے بڑے لمفی مجاری کے معاونوں میں صدر میں آزاد راہ ورابط پایا جاتا ہے۔

خیشومی ناسور (branchial fistulae)۔ کبھی کبھی گردن میں بعض خلقی ناہو

پائے جاتے ہیں جو خیشومی درزی انخفاضات میں سے کسی نہ کسی ایک کے جزوی طور پر برقرار رہنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ انخفاضات جنین میں خیشومی محرابوں کے درمیان واقع ہوتے ہیں اور ان محرابوں کی

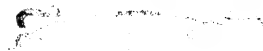
231



شکل ۵۶ گردن کی مختلف جنبیناتی بقعہ ساختوں کے محل اور تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

۱۔ لوزو۔ جب۔ لوزی تاج کا بقیہ حصہ (دوسرے درزی گوشہ سے)۔ ج۔ سہاتی جسم خارجی اور داخلی سہاتی شراووں کے درمیان۔ ۲۔ تیموسیک کی ڈنڈی (تیسری درزی)۔ ہ۔ عینتی جوف (جو بائیں جانب پر دوسری درزی کے گوشہ سے متحد ہے)۔ ہ۔ عینتی تیموسیک۔ ص۔ مشترک سہاتی۔ ص۔ درقی اور درقی لسانی قنات کا وسطی حصہ۔ ط۔ وسطی درقیہ کا زیر لانی حصہ۔ ع۔ جانبی درقیہ کی ڈنڈی جو چوتھی درزی سے پیدا ہوتی ہے۔ ق۔ ق۔ تیموسیک مدریں۔

تعداد بالعموم پانچ بیان کی جاتی ہے پہلی نیچے کے جبرے اور مalletus کے لئے بنیاد کا کام دیتی ہے۔ دوسری سے زائکدہ ابیمہ (styloid process) ابری لامی (stylo-hyoid) رابطہ



اور عظم لامی کا قرن اصغر نمو پاتا ہے۔ تیسری سے عظم لامی کا جسم اور اس کا قرن اعظم بنتا ہے۔ اور چوتھی اور پانچویں عظم لامی کے نیچے کے گردن کے غضروفوں اور نرم حصوں کے تھکوں میں حصہ لیتی ہیں۔ پہلی درز پہلی اور دوسری محرابوں کے درمیان ہوتی ہے۔ "عنفی خیشومی ناسور بہت باریک قناتوں کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں اور گردن کے اگلے حصہ کی ایک یا دونوں جانب پر چھوٹے چھوٹے دھنوں میں کھلتے ہیں۔ اور یہ جیچھے کی اور اندر کی یا بیچھے کی اور اوپر کی سمت میں بلعوم یا مری کی طرف کو جاتے ہیں۔" (پیجٹ: Paget)۔ انکا طول ۱۱ انچ سے لیکر ۲۱ انچ تک ہوتا ہے اور انکا قطر حیوانات کے سخت بال اور معمولی سلائی کے قطر کے درمیان درمیان ہوتا ہے۔ عنفی ناسور کا دھنہ بالعموم قصی ترقوی مفصل کے عین اوپر واقع ہوتا ہے اور عنفی جوف (cervical sinus) کا قائم مقام ہوتا ہے (شکل ۵۶) جو ایک نشیب یا جیب ہوتی ہے جو جنین کی گردن کے نمو کے دوران میں بنتی ہے اور یہ جوف خیشومی اور حثوی درزوں کے مشترک دھنہ کا کام دیتا ہے جن میں لوزہ تیسویں اور جانبی درقہ جات نمو پاتے ہیں۔ یہ ناسور اوپر کی طرف کو چڑھتا ہوا مشترک سباتی شریان کی دو شاخ کی طرف چلا جاتا ہے جہاں یہ بعض اوقات جسم سباتی (جو تیسری درز سے پیدا ہوتا ہے) سے یا لوزی گوشہ سے (جو دوسری درز سے پیدا ہوتا ہے) ربط پیدا کر لیتا ہے۔ اس سے یہ امر ذہن نشین ہو سکتا ہے کہ صرف انہی تاجی ساختوں اور بروں بالیدوں کے حصے باقی رہ سکتے ہیں۔ ایسے بقیہ حصے عنفی دو بروں کے لئے بنیاد کا کام دیتے ہیں۔ مزید برآں گردن کے بعض ادمہ نما دویرے اور بعض کثیر دویری خلفی سلعات بھی جو "گردن کے قیلہ مانیہ" کی ایک شکل میں نمودار ہوتے ہیں انہی خیشومی بقایا سے پیدا ہوتے ہیں۔ ناسوروں کے منہ پر یا اس مقام پر جہاں یہ بالعموم واقع ہوتے ہیں بعض اوقات جلد کے تیسے نمودار ہو جاتے ہیں جن میں کبھی کبھی غضروف بھی ہوتا ہے۔ انکو مستزاد اذن (supernumerary auricles) کہتے ہیں۔ کیونکہ انہا ناسوروں سے وہی تعلق ہوتا ہے جو اذن خارجی کا پہلی حثوی درز سے ہوتا ہے۔

حنجرہ کا بطین جیسا کہ طبعی طور پر بہت سے بندروں میں پایا جاتا ہے بعض اوقات مستطول ہو کر ایک تاجہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو درقی لامی غشا میں سے گزر جاتا ہے اور اس طرح گردن کے حنجری خطہ میں ایک عنفی ہوائی دویرہ (cervical air-cyst) یا تاجہ (sac) بن جاتا ہے۔

حصہ دوم

صدر

باب ہفتم

چھاتی اور اس کے احتشاء

صدری دیواریں

233

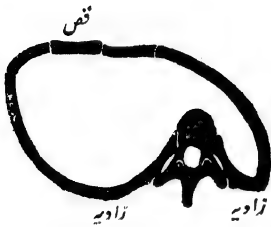
چھاتی کی دونوں طرفیں شاذ و نادر ہی متشاکل ہوتی ہیں۔ دائیں طرف کا محیط بالعموم زیادہ ہوتا ہے اور اس امر کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ اسکی وجہ جوارح اعلیٰ کا غیر مساوی استعمال ہے۔
پاٹ کے مرض (Pott's disease) میں جبکہ ظہری خط ماؤف ہوا اور عمود فقری اگلے کی طرف کم

بہت خمیدہ ہو گیا ہو تو صدر میں بہت بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کا مقدم موخر قطر زیادہ ہو جاتا ہے۔ قفس (sternum) آگے کی طرف کھنکھل آتا ہے اور عمود فقری کو خمیدہ کرنے سے یہ بھی خمیدہ کیا جاسکتا ہے۔ پسلیاں دب کر اکٹھی ہو جاتی ہیں اور جسم میں بعض اوقات استدر قصر واقع ہو جاتا ہے کیونچہ کی پسلیاں حرقنی عرف (iliac crest) پر متر اکب ہو جاتی ہیں۔

کبوتر سینگ (pigeon-breast) کی بدشکلی میں قص اور غضروف سامنے کی طرف

کو اس طرح ابھر آتے ہیں کہ چھاتی کی مقدم موخر پیمائش بہت بڑھ جاتی ہے۔ اور پسلیوں اور انکے غضروفوں کے خط اتصال کے ساتھ ساتھ ایک عمیق تجویف پیدا ہو جاتی ہے۔ ضلعی غضروفی تصلا

پر جس دور کے نیچے بیٹھ جانے ہی سے یہ ابھار پیدا ہوتا ہے۔ بچوں میں اور خاص کر کساحت زدہ بچوں میں صدر بہت نرم اور لچکدار ہوتا ہے۔ اور اگر ہوا کے داخل ہونے میں کوئی مستقل رکاوٹ ہو جو دم جیسی کہ بہت کٹانی یافتہ لوزتین سے ہوتی ہے تو صدری دیواریں کچھ عرصہ کے بعد اس انتظام کی وجہ سے جو ان پر دوران شہیق میں اثر انداز ہوتا ہے دب جاتی ہیں۔ صدر کا کمزور ترین حصہ ہر ایک طرف ضلعی غضروفی خط کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے اور ایسے واقعات میں جس دور اسی مقام پر ہی واضح طور پر دیتے ہیں۔



284

شکل ۵۵ ان تغیرات کو ظاہر کرتی ہے جو صدر میں التواء کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں۔

(ریڈارڈ Redard: کے مطابق)
شوکی انحناء کا انحداب دائیں جانب کو ہے اس طرف
پسلیوں میں انکے زاویوں پر محاذ غم پایا جاتا ہے یعنی
(بائیں) طرف پسلیوں کا زاویہ کم ہلا ہے۔

چھاتی کے تشوہات شوکی عمود کے ظہری حصہ کے غیر طبعی انحناءوں کا نتیجہ ہوتے ہیں پسلیاں فقرات سے ضلعی فقری اور ضلعی عسری رابطات کے ذریعہ سے مضبوطی سے مربوط ہوتی ہیں

لہذا فقرات کی وضع کے متغیر ہونے سے ضلعی سلسل میں بھی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ جب ظہری خط میں تسیم (kyphosis) پیدا ہو جاتا ہے تو شوکہ کا بالائی حصہ اوپر کی پسلیوں اور قص کے ساتھ ہی آگے اور نیچے کی طرف کو جھک جاتا ہے۔ اس سے صدر کا مقدم موخر قطر بڑھ جاتا ہے مگر انتصابی اور مستعرض پیمائشیں کم ہو جاتی ہیں۔ جب ظہری خط میں جانبی انحناء پیدا ہو جاتا ہے تو اس طرف کی پسلیاں جس طرف کو خم واقع ہوتا ہے لازمی طور پر مضبوط ہو جاتی ہیں اور طرف مقابل کی پسلیاں کھل جاتی ہیں۔ التواء عمود فقری (scoliosis of the spine) میں نہ صرف جانبی انحناء

بنجائا تا ہے۔ بلکہ فقرات بھی ساتھ ہی گھوم جاتے ہیں۔ فقری اجسام عمود کی محذب جانب کی طرف کو چلے جاتے ہیں اور انکے شوک زوائد انحناء کی منفرع طرف کو آجاتے ہیں (شکل ۵، ۵)۔ منفرع طرف کی پسلیاں مستعرض زوائد کے دھکیلنے کی وجہ سے آگے کی طرف کو چلی جاتی ہیں اور انکے زاوے کھل جاتے ہیں اور چھاتی کی طرف پیچھے کو چپٹی ہو جاتی ہے۔ دوسری جانب (محذب) پر زاویہ بیحد نمایاں ہو جاتے ہیں، کیونکہ پسلیوں کے فقری سرے پیچھے کی طرف کو چلے جاتے ہیں اور آگے کی طرف سے یہ اندر کی طرف کو جھک جاتی ہیں۔ اس طرح چھاتی کا مستعرض قطر ترچھا ہو جاتا ہے (شکل ۵)۔ منفرع جانب پر بین ضلعی فضا میں تنگ ہو جاتی ہیں، حتیٰ کہ پسلیاں بعض اوقات ایک دوسری سے مس بھی کرتی ہیں اور محذب جانب پر فضا میں وسیع ہو جاتی ہیں۔ صدری استخوان کی شکل لازمی طور پر تراب ہو جاتی ہے اور ان کا محل تبدیل ہو جاتا ہے۔

235

قص (sternum)۔ قص کی اوپر کی کور دوسرے اور تیسرے ٹھری فقرات کے درمیان کی قرص کی متناظر ہوتی ہے۔ اور خجری قصبی مفصل دسویں ٹھری فقرہ کے وسط کا متناظر ہوتا ہے۔ جنین میں تکمیل میعاد پر قص کی اوپر کی کور پہلے ٹھری فقرہ کے وسط کے مقابل ہوتی ہے۔ (Symington: سمنگٹن) اسکی مقدم سطح پر ایک مستعرض حید یا زاویہ (زاویہ کوڈو (angulus Ludovici)) بالعموم محسوس کیا جاسکتا ہے جو ید النقص (manubrium) اور جسم قص کے مقام اتصال کا متناظر ہوتا ہے اور دوسری ضلعی غضروف کی سیدھ میں ہوتا ہے۔ قصبی مفصل غضروفی (sternal synchondrosis) پر تنفسی حرکت ایک معتد بہ درجہ تک ہوتی ہے۔ صرف بہت بوڑھے آدمیوں ہی میں اس مفصل میں عظمی اتحاد پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکا ایک نمایاں زلائی کہنہ ہوتا ہے جسکے ارد گرد مضبوط لیفی اور لیفی غضروفی رباطات موجود ہوتے ہیں۔

اس ہڈی میں کسر شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے کیونکہ یہ نرم اور اسفنجی ہوتی ہے اور پکدار پسلیاں اور انکے غضروفات اسکو کمائیوں کے ایک سلسلہ کی طرح سہارا دیتے ہیں۔ بوڑھے آدمیوں میں جب غضروفات متعظم ہو جاتے ہیں اور چھاتی زیادہ استوار ہو جاتی ہے تو کسر کے واقع ہونے کا رجحان زیادہ ہوتا ہے۔ قص عمود فقری کی چوٹوں میں نہایت کثرت سے نکسہ پایا جاتا ہے اگرچہ سادہ بلا واسطہ ضرب سے بھی اس میں کسر واقع ہو سکتا ہے۔ یہ ہڈی

عمود فقری کو زور سے پیچھے کی طرف یا اسکو دفعہ آگے کی طرف کو جھکانے سے ٹوٹ جاتی ہے۔
 قسمی یدی (sterno-manubrial) متفصل (قصی مفصل غضروفی: sternal synchondrosis) میں خلج بھی واقع ہو سکتا ہے۔ ان چوٹوں میں ید القص بالعموم علی حملہ رہتا ہے، مگر قص کا جسم پسلیوں کے ساتھ ایسے آگے کی طرف کو متقل ہو جاتا ہے۔

تقریباً اور اسفنجی ساخت کی وجہ سے قص میں بہت سے عوارض مثلاً بوسیدگی اور مضغیتی گرد عظمی التهاب (gummatous periostitis) کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ہڈی میں تقابلی نرمی یہاں تک پائی جاتی ہے کہ قاتلانہ زخموں کی حالت میں چاقو اس میں سے گذر گیا ہے۔ اس ہڈی کی شکل اور اسکا محل بھی دباؤ سے متغیر ہو جاتا ہے جیسا کہ بعض اوقات ان اہل حرفہ میں دیکھنے میں آتا ہے جو ایسی خدمتوں پر مامور ہوتے ہیں جنہیں اوزاروں وغیرہ کو چھاتی سے دبا نا پڑتا ہے۔

بعض اوقات قص کے وسط میں خاص قسم کے سوراخ پائے جاتے ہیں جنہیں سے منصفی خراج باہر نکل آتے ہیں اور سطحی خراج صدر کی گہرائی میں چلے جاتے ہیں۔ یہ سوراخ دائیں اور بائیں قسمی سلاخوں کے ناقص اتحاد کا نتیجہ ہوتے ہیں جن سے کہ قص طیار ہوتا ہے۔ جن واقعہ کے متعلق ای گرو (E. Groux) نے اطلاع دی ہے اس میں انتصابی رخ میں ہڈی کے دو حصے علیحدہ علیحدہ پائے گئے تھے، اور رزمنہ عضلی جہد سے وسیع کیا جاسکتا تھا اور قلب جو صرف نرم حصوں سے پوشیدہ تھا معا ہو جاتا تھا۔ ایک اور واقعہ میں جبکا اندراج ڈگلس (Douglas) نے کیا ہے صرف نیچ کا حصہ ہی متحد تھا۔ قص کا بالائی حصہ انتصابی رخ میں کاٹا جا چکا ہے اور ہر ایک نصف تنظر پسلیوں کے ساتھ ان ساختوں تک رسائی حاصل کرنے کے لئے جو فوقانی منصفی موجود ہوتی ہیں آگے کی اور باہر کی طرف کو اٹایا جا چکا ہے۔

پسلیاں اتنی ترچھی واقع ہوتی ہیں کہ ایک سلی کا مقدم مرا کسی دوسری پہلی

موجودہ سے کیوں پر ہوتا ہے جو تعدادی ترتیب کے لحاظ سے اس سے کچھ نیچے واقع ہوتی ہے چنانچہ سامنے کی طرف سے دوسری پسلی پچھلی طرف سے پانچویں پسلی کی متناظر ہوتی ہے اور ساتویں کا منہلی دسویں کا متناظر ہوتا ہے۔ اگر جسم کے گرد گت کے تحتانی زاویہ کے لیول پر ایک افقی خط کھینچا جائے جبکہ بازو جسم کے اطراف پر ہوں تو یہ خط سامنے کی طرف قص کو

پچھلے غضروف کی چسپیدگی پر اور یا پچھلی پسلی کو حلی خط پر اور نویں پسلی کو عمود فقری پر کاٹیں گے۔ دوسری پسلی کو ایک استعرض حید نظر کرنا ہے جو نقص پر ہوتا ہے اور جسکی طرف پہلے بھی اشارہ کیا جا چکا ہے (زاویہ ٹوڈوک (angulus Ludovici) عضلہ صدکیکبرہ (pectoralis major) کاریں کنارہ یا پچھلی پسلی کی طرف رہنمائی کرتا ہے اور عضلہ فشتار کیبیر (serratus magnus) کا پہلا سرئی تشرشر جھٹی پسلی کا تناظر ہوتا ہے۔ ساتویں پسلی سب سے لمبی ہوتی ہے اور پہلی سب سے چھوٹی۔ سب سے زیادہ ترجیمی پسلی نویں ہوتی ہے۔ جب بازو اپنی طرف پر لٹکا ہوتا ہے تو کتف کاریں زاویہ ساتویں پسلی کو پوشیدہ کئے ہوتا ہے۔

237

پسلیاں لچکدار اور بہت خمیدہ ہوتی ہیں اور چونکہ یہ بہت سے رابطات کے ذریعہ پچھلی طرف مود سے اور آگے کی طرف دب جانے والے غضروفوں سے چسپیدہ ہوتی ہیں اسلئے یہ کمائی کے خواص سے ایسی چوٹوں کی مزاحمت کرتی ہیں جن سے کس واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ پسلی میں بالواسطہ ضرب سے کس واقع ہو سکتا ہے، مثلاً آجت لینے کی حالت میں پیٹے کے جسم پر سے گزر جانے سے۔ ایسی حالت میں قوت کا رجحان ہڈی کے دونوں سروں کو قریب لانے اور خم کو بڑھانے کی طرف ہوتا ہے۔ لہذا جب یہ ٹوٹتی ہے تو یہ اصلی خم کی چوٹی پر سے یعنی اپنے وسط کے قریب سے ٹوٹتی ہے۔ قطعات باہر کی طرف کو شکستہ ہوتے ہیں اور پورا کے منقبت ہونے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ جب سلی بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹتی ہے تو ضرر اس مقام پر واقع ہوتا ہے جہاں چوٹ لگی ہو۔ ہڈی اندر کی طرف کو ٹوٹتی ہے اور ہڈی کے خم کا رجحان بڑھنے کی بجائے کم ہونے کی طرف ہوتا ہے اور مٹکڑوں کے پورا کو دریدہ کرنے کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔

جو پسلیاں اکثر ٹوٹتی ہیں وہ چھٹی ساتویں اور آٹھویں ہیں کیونکہ معمولی حالات تحت یہ سب سے زیادہ معرا ہوتی ہیں۔ جس پسلی میں کس سب سے کم واقع ہوتا ہے وہ پہلی ہے جو تر قوہ کے نیچے پوشیدہ ہوتی ہے۔ سن رسیدہ اشخاص میں پہلی پسلی کی غضروف اکثر مکلس پائی جاتی ہے اور اس میں گاہے گاہے کس بھی واقع ہو جاتا ہے۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ ۵۴ سال سے زائد عمر کے اکثر اشخاص میں پہلی پسلی کی غضروف کم و بیش حد تک مکلس اور متعظم ہوتی ہے اور اسلئے اس قسم کی پسلیوں کی لچک اور حرکت پذیری میں نقص واقع ہو جاتا ہے۔ پیرانہ سالی میں غضروفوں میں تعظم واقع ہونے کی وجہ سے سن رسیدہ اشخاص میں بچوں کی نسبت

کسور زیادہ کثیر الوقوع ہیں۔ پسلی میں کسر واقع ہونے کے بعد قصہ واقع نہیں ہوتا۔ کیونکہ یہ ہڈی آگے اور پیچھے دونوں طرف مثبت ہوتی ہے اور انتصابی غیر وضیعت کو بین ضلعی عضلات کی چسپیدگیاں مانع آتی ہیں۔ چنانچہ تا وقتیکہ متوالی پسلیوں میں کسر واقع نہ ہو کوئی بدیہہ بدشکلی رونما نہیں ہوتی۔ یہ ہڈیاں **عضلمی فعل** کی شدت سے بھی ٹوٹ چکی ہیں مثلاً کھانسنے کے دوران میں اور شدید دفاعی کوششوں کے دوران میں جیسی کہ وضع حمل میں عمل میں آتی ہیں۔ ایسی مثالوں میں یہ ہڈیاں شاید پہلے ہی سے مذبول یا کسی مرض سے کمزور ہو چکی ہوتی ہیں۔

کساحت میں پسلیوں اور غضروفوں کے مقام اتصال پر تغیرات واقع ہوجاتے ہیں جو عظمی ارتفاعات کے بننے کا باعث ہوتے ہیں۔ ان ارتفاعات سے دونوں طرف کی پسلیوں کے متاثر ہونے کی صورت میں ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے ”جو کساحتی سیم“ (rickety rosary) کے نام سے موسوم ہے۔ ضلعی غضروفی اتصالات جن پر یہ کلائیاں واقع ہوتی ہیں لمبی ہڈیوں کے برابری خطوں کے متناظر ہوتے ہیں اور یہ وہ خطوط ہیں جن پر طول میں اصلی بالیدگی واقع ہوتی ہے۔

بین ضلعی فضا میں پیچھے کی نسبت آگے زیادہ چوڑی ہوتی ہیں! اور نیز

بالائی پسلیوں کی درمیانی فضا میں نیچے کی پسلیوں کی درمیانی فضاؤں سے زیادہ چوڑی ہوتی ہیں۔ سب سے چوڑی فضا تیسری ہے۔ پھر دوسری ہے اور پھر پہلی۔ ساتویں آٹھویں نویں اور دسویں بین فضا میں پسلیوں کے زایوں کے سامنے کی طرف بہت تنگ ہوتی ہیں۔ فضا میں شہیق میں چوڑی ہو جاتی ہیں اور زیریں تنگ! اور جسم کو مقابل جانب کی طرف جھکانے سے زیادہ چوڑی کیجا سکتی ہیں۔

پلورائی کہف کا نزل بالعموم چھٹی یا ساتویں فضا میں یا تو قص اور عمود فقری کے

یا مقدم اور موخر بغلی خطوط کے عین درمیانی مقام پر کیا جاتا ہے۔ ساتویں فضا کتف کے زاویہ کے تعلق سے آسانی شناخت کیجا سکتی ہے۔ جب بازو طرف جسم کے ساتھ ہوتا ہے تو یہ زاویہ اس فضا پر ذرا سا ترکب کرتا ہے۔ اگر کسی زیریں فضا کا انتخاب کیا جائے تو بالخصوص دائیں جانب پر ذرا ایفرا م کے زخمی ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر آٹھویں یا نویں فضا منتخب

کیجائے تو شکاف کتف کے زاوئے کے خط کے عین باہر دیا جاتا ہے۔ مبزل کو دوران شہیق میں جبکہ فضا چوڑی ہو جاتی ہے داخل کرنا چاہئے اور بین ضلعی عروق کو بچانے کے لئے اسے حتی الامکان فضا کے زیرین کنارے کے قریب رکھنا چاہئے۔ پسلیوں کے زاویوں کے پیچھے سے کسی فضا میں سے چھاتی کا بزل غیر ممکن العمل ہے کیونکہ اس مقام پر دیوار صدر پر عضلات کا ایک موٹا خلافت موجود ہوتا ہے۔ نیز بین ضلعی شریان جس کا ممر متناظر پسلیوں کے مقابلہ میں زیادہ تر چھا ہوتا ہے فضا کے اس حصہ کے وسط کو عبور کرتی ہے۔ زاویہ کے اگلی طرف بین ضلعی عروق اُس پسلی کے تحتانی کنارہ کے حید میں واقع ہوتے ہیں جس سے فضا کی بالائی حد بنتی ہے۔ ورید شریان کے عین اوپر واقع ہوتی ہے اور عصب اسکے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ مگر اوپر کی چپاریا پانچ فضاؤں میں عصب ابتدا میں شریان سے اونچا ہوتا ہے۔

گرد قلبہ (pericardium) کا مبزل سوئی کو خنجر ہی قص (xiphisternum)
اور ضلعی حاشیہ کے درمیانی زاویہ کے راس میں سے اوپر کی اور ذراسی بائیں جانب کی سمت میں داخل کرنے سے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے۔

پیمپ بین ضلعی عضلات کی دونوں تہوں کے درمیان کی ڈھیلی ڈھالی یافت کے
ساتھ ساتھ آسانی جاسکتی ہے۔ چنانچہ فقرات کے یا پسلیوں کے موخر حصوں کے مرض میں جو تقبج پیدا ہوتا ہے اس میں پیمپ بعض اوقات بین ضلعی فضاؤں کے ساتھ ساتھ قص تک پہنچ جاتی ہے اور اس طرح مرض کے اصلی محل سے معتد بہ فاصلہ پر آکر ٹلی ہر ہوتی ہے۔

پسلیوں کا دور کرنا۔ پلورائی کہفہ میں کشادہ فتحہ بنانے کے لئے ایک یا دو

پسلیوں کے کچھ حصہ کا استیصال کیا جاسکتا ہے۔

طویل المدت و بیلہ (empyema) کے بعض مریضوں میں جن میں ایک کھلاجہ
موجود ہو صدر کی عظمی دیوار کا وہ تمام حصہ جو قاع کہفہ کی بیرونی حد کا متناظر ہوتا ہے دور کر دیا جاتا ہے تاکہ کہفہ میں ہبوط واقع ہو سکے اور اس سے یہ بند ہو سکے۔ یہ موثر الذکر تدبیر کو لین الصدر (thoracoplasty) کے نام سے موسوم ہے۔ بعض اوقات نو پسلیوں تک کو اگلی طرف سے خضرو فوں سے لیکر پچھلی طرف کو انکے زاویوں کے پیچھے کسی مقام تک دور کر دینا ضروری ہوتا ہے۔ اوپر کی پسلیوں کا جزئی استیصال (resection) نہایت ہی مشکل ہے۔ مگر بہت سی حالتوں میں

اس وقت تک کامیابی حاصل نہیں ہوتی جب تک کہ پسلیاں شروع ہی میں دوسری پسلی تک معہ اسکے دورہ کر دی جائیں۔

پسلی دور کرتے وقت ہڈی مکشط (rugine) کے ذریعہ سے گردِ عظمہ سے بالکل معصرا کر لی جاتی ہے اور استیصال زیر گردِ عظمی ہوتا ہے۔ اس طریقہ سے بین ضلعی عروق جو فیضی میزاب میں ایک مجری میں سے جو گردِ عظمہ کے چھٹنے سے بنتا ہے گزرتے ہیں معرا نہیں ہوتے اور اگر بعد میں انکو کاٹنے کی ضرورت ہو تو ان پر باسانی قابو حاصل کیا جاسکتا ہے، جبکہ پسلیاں راستہ میں حائل نہیں ہوتیں۔

داخلی پستانی شریان (internal mammary artery) قعر کے

کنارہ کے متوازی گزرتی ہے اور اس سے تقریباً ۱۱ انچ کے فاصلہ پر ہوتی ہے۔ اگر یہ زخمی ہو جائے تو بعض اوقات ایسا زرف واقع ہوتا ہے جو جلد ہی مہلک ثابت ہوتا ہے۔ اس عرق پر پہلی تین بین ضلعی فضاؤں میں آسانی سے اور چوتھی یا پانچویں فضاؤں میں کبھی مشکل سے قابو حاصل کیا جاسکتا ہے۔ دوسری فضا میں سے اس تک نہایت آسانی سے رسائی کیجا سکتی ہے اور پانچویں فضا سے نیچے کی کسی ایک فضا میں سے اسکو قابو میں نہیں لایا جاسکتا۔ یہ عرق صدری دیوار کی تمام ساختوں سے سوائے پلورا کے اور نیچے کے حصہ میں سوائے عضلہ مثلثہ قصیہ (triangularis sterni) کے گہرا واقع ہوتا ہے۔

پستان اس مقام پر جبکی نشاندہی بعد ازاں حملہ سے ہوتی ہے سر حملہ کے

ایک ٹھوس انفراد کی شکل میں نمونہ پاتی ہے۔ جنینی زندگی کے تقریباً چھٹے مہینے میں اولین پستانی غنچہ میں سے زیر جلدی بافت کے اندر تمام سستوں میں شاخیں نکل آتی ہیں، جن سے اس بافت کے بستہ ہونے سے پستانی کیسہ بن جاتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ پستان کی فضائی بافت میں نمونہ پانے کے دوران میں سہکیں کیسہ کے پس پستانی حصہ سے شروع ہو کر بین انگلی فضاؤں میں سے ہوتی ہوئی زیر جلدی بافت تک چلی جاتی ہیں اور اس طرح جلد تک پہنچ جاتی ہیں۔ اسلئے سر لہان پستان کے معہ اس کیفیت کے جو اس سے نتیجہ پیدا ہوتی ہے ایک طرف تو ماتحت روا تک اور دوسری طرف سطحی فضاؤں (ایسٹلے کوپر Astley Cooper) کے

نام نہاد "تعلیقی رابطات" تک پھیلنے کا احتمال ہوتا ہے۔ لہذا مدداری ردا کے ساتھ انضمام موجود ہونے کے امارات کے پائے جانے اور نیز جلد کے چپکنے کی جو اکثر اس مرض کا امتیازی خاصہ ہوتے ہیں توقع کیا جاسکتی ہے۔ چونکہ مہلکیت (scirrhous) کی وجہ سے جو کہ اس بے خاشا خلوی بالیدگی کو جو سرطان کا لازمی خاصہ ہے روکنے کے لئے قدرت کی طرف سے ایک کوشش ہے اندر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے اسلئے اس ساخت (حلمہ) میں بعض تغیرات کا پایا جانا ضروری ہوتا ہے مثلاً باز کشیدگی، لیول کی تبدیلی اور سمت کے تغیرات۔

پستان کے نیچے ردا ہوتی ہے جو عضلہ مدداریہ کبیرہ (pectoralis major) اور عضلہ نشراریہ کبیرہ (serratus magnus) کے کچھ حصہ اور نیز عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) اور عضلہ موربہ (external oblique) کے مبادی کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ عضو اس عظیم لمفی مدار سے جو دھڑ کو ڈھکے ہوتا ہے قریبی تعلق رکھتا ہے اور یہ امر سرطان کے انتشار پر بحث کرنے اور اس کی تیخ کنی کے لئے عملیہ ترتیب دینے کے لحاظ سے نہایت ہی عظیم الٰہیت ہے۔ اس لمفی مدار کا اور خاکر قوق السری حصہ کا جسکی میلیت اوپر کی سمت میں بغل کی طرف ہوتی ہے مطالعہ ایک ساتھ کرنا چاہئے۔

عورت میں پستان ایک عریض قرص کی شکل کی ہوتی ہے اور اوپر کی طرف سے دوسری پسلی سے لیکر نیچے کی طرف چھٹی پسلی تک اور قفسی حاشیہ سے لیکر وسط بغلی خط تک پھیلی ہوتی ہے (سٹائلز: Stiles)۔ لہذا یہ زیادہ تر عضلہ مدداریہ کبیرہ (pectoralis major) کے اوپر واقع ہوتی ہے مگر اس غدہ کا پورا ایک تہائی حصہ عضلہ نشراریہ کبیرہ (serratus magnus) کے اوپر لیکن ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ عضلہ موربہ خارجہ بطنیہ (oblique externus abdominis) اور عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) کے مبادی پر مترکب بھی ہوتی ہے۔ لہذا ان عضلات کو یا انکے مبادی کی رداؤں کو سرطان زدہ پستان کو دور کرتے وقت ضرور ملحوظ کر دینا چاہئے۔ علاوہ ازیں اس عضو کے التهاب میں یا اس کے استیصال کے بعد ان عضلات کو آرام دینے کی تدبیریں ضرور اختیار کرنا چاہئیں۔ مزید برآں پستان اگرچہ عمومی طور پر ایک قرص کی شکل میں پھیلی ہوتی ہے مگر اس سے محیطی زوائد بھی نکلے ہوتے ہیں اور انیس سے سب سے زیادہ قابل ذکر بغلی دم ہے جو عضلہ مدداریہ کبیرہ (pectarolis major) کے بیرونی حاشیہ کے ساتھ ساتھ بغل کی طرف چلی جاتی ہے۔

یہ عضو ۱۲ تا ۲۰ بے قاعدہ لختکوں سے مرکب ہوتا ہے۔ جو افراد کے مجوس ہوجانے کی حالت میں حلمہ سے نصف قطروں کی شکل میں باہر کی طرف کو جاتے ہوئے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ ہر ایک لختک کی اپنی اپنی قنات ہوتی ہے جو حلمہ کی چوٹی پر الگ الگ کھلتی ہے۔ مگر اس سے پیشتر ہر ایک قنات متسع ہو کر ایک اتساع کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ پستان کی صحیح صحیح نسبیات بیان کرنا مشکل ہے، کیونکہ عمر اور زمانہ رضاعت و حیض کی فعالیت کے لحاظ سے اس میں بڑی بڑی تبدیلیاں واقع ہوجاتی ہیں۔ نوجوان بالغ عورت میں اس میں معینی غدہ کے امتیازی خواص موجود ہوتے ہیں اور اسکی برآر قناتوں کا استر عمودی یا کجی سر حلمہ کا ہوتا ہے۔ مگر نعت کے درمیانی وقتوں میں اور تیس سال کی عمر کے بعد ایسا نمونہ تلاش کرنا مشکل ہوتا ہے، جس سے ایسے انحطاطی تغیرات ظاہر نہ ہوتے ہیں جو اس عارضہ میں پائے جاتے ہیں جو بالعموم مزمن التهاب پستان (chronic mastitis) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ انقطاع الطمث کے بعد اور ساکت حالت میں اس عضو کا زیادہ تر حصہ چربی پر مشتمل ہوتا ہے۔

242

پستان کے نیچے ایک ڈھیلی ڈھالی پس پستانی بافت ہوتی ہے جس سے یہ غدہ صدری غلاف سے ڈھیلے طور پر مربوط ہوتا ہے۔ اس میں بعض اوقات پس پستانی خراج پیدا ہوجاتا ہے جو ایک تکیہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور پستان اس پر متکثر رہتا ہے۔

حلمہ مردوں اور نوجوان باکرہ عورتوں میں چوتھی بین ضلعی فضا میں ضلعی غضروفی

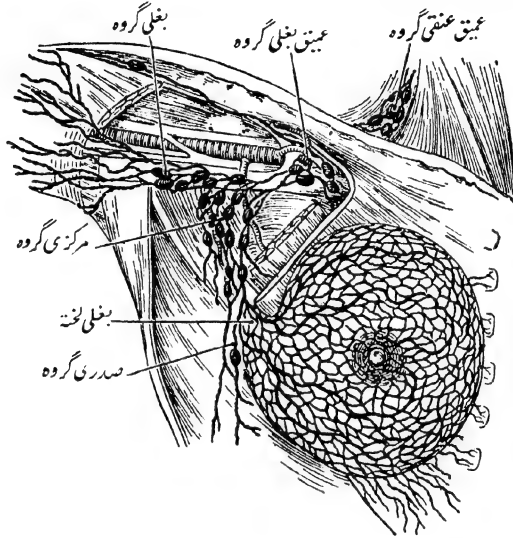
اتصال سے تقریباً ۱۱ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ مگر رضاعت کے بعد پستان الٹک جاتی ہے اور پھر حلمہ سے بین ضلعی فضاؤں کے لئے بطور رہنما کے کام نہیں لیا جاسکتا۔ حلمہ انتصاب پذیر اور عقلی بافت پر مشتمل ہوتا ہے اور تیسرے اور چوتھے شوکی اعصاب کی جلدی شاخوں سے اسے رسد بکثرت پہنچتی ہے۔ اسکے ارد گرد ایک طون البیزہ ہوتا ہے جس میں جراثیم منکمری (Montgomery's follicles) پائے جاتے ہیں اور یہ دہنی غدہ کا ایک سلسلہ ہوتا ہے جس میں یہ چکنناہٹ پیدا کرنے کے اغراض سے تبدیل شدہ صورت میں پائے جاتے ہیں اور دراصل میں یہ کلانی یافتہ ہوتے ہیں۔ البیزہ کے نیچے لمفی عروق کا ایک گھنا جال ہوتا ہے۔ اس کے قرب وجوار کی جلد طون اور حساس ہوتی ہے اور اس میں درد غیر شفاقت اور تسلمات پیدا ہوجاتے ہیں۔

جن مجاری لمف سے پستان کی مسلیت ہوتی ہے وہ سرطانی پستان کو اصولی

قاعدوں سے دور کرنے کے لئے عملیہ ترتیب دینے میں نہایت عظیم الاہمیت ہیں۔ یہ مندرجہ ذیل گروہوں میں مترتب ہیں۔ (۱) گرد لختکی (perilobular) 'سنیوں اور لختکوں کے ارد گرد۔ (۲) گرد قناتی (periductal) 'قنوات لبنیہ (lactiferous ducts) کے ارد گرد۔ (۳) بین لختی (interlobar) جو درون لختی فاصل میں واقع ہوتے ہیں اور (۴) پس پستانی جال کو (۵) سطحی پستانی جال سے جو کیسہ کے مقدم حصہ میں واقع ہوتا ہے ملاتے ہیں۔ اگر سرطان بین لختی فاصل پر حکم آور ہو تو انہیں انقباض واقع ہو جاتا ہے جو بافتی تعامل اور لیفیت کا نتیجہ ہوتا ہے، اور انکی جلدی چسپید گیوں کی وجہ سے جلد میں انخفاضات پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ عمل گرد قناتی عروق پر حکم آور ہو تو حملہ باز کشیدہ ہو جاتا ہے۔ پستانی لمفی نظام لمفی عروق کے اس زیر جلدی جال سے تعلق رکھتا ہے جس تک سرطان کے پہنچنے سے مرض کی وہ قسم پیدا ہو جاتی ہے جو **صدری سرطان (cancer en cuirasse)** کے نام سے مشہور ہے۔ صدری ردا اور عضلہ کے مجاری لمف کے جو ربط پستان کے ساتھ موجود ہوتے ہیں، انکے ذریعہ سے سرطان پستان ان ساختوں تک جلد پھیل جاتا ہے۔ اور پھر سرطان عمقی محل کی ساختوں کے ساتھ مضبوطی سے مثبت ہو جاتا ہے اکثر عروق لمف پستان سے صدری غدود (pectoral glands) میں جاتے ہیں جنکی مقدار سچے سے آٹھ تک ہوتی ہے اور جو بغل کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ نیز یہ مرکزی بغلی گروہ (central axillary set) میں بھی جاتے ہیں۔ انکی تعداد بارہ سے پندرہ تک ہوتی ہے اور یہ بغل کے بالوں کے گچھے کے نیچے اور بغلی ورید کے اندر کی طرف واقع ہوتے ہیں (شکل ۵۸)۔ عروق لمف ان دو گروہوں سے عمیق بغلی غدود (deep axillary glands) میں جاتے ہیں جو بغلی عروق کے سامنے کی اور اندر کی طرف کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ ان غدود کو جو بغلی ورید کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں مناسب طریقہ سے دور کرنا ناممکن ہوتا ہے تا وقتیکہ ضلعی خرابی (costo-coracoid) غشا کا تمام خطہ متاثر نہ کر لیا جائے۔ لہذا سرطان پستان کے لئے جو اصولی عملیہ سرانجام دیا جائے اس میں عضلات صدری صغیرہ (pectoral minor muscles) کی برآوردگی ہمیشہ شامل ہونا چاہئے۔ عمیق بغلی عدد کارین عمیق عمقی غدود سے تسلسل قائم ہوتا ہے اور اسی راستہ سے سرطان کا بھجان زیادہ تر

منتشر ہونے کی طرف ہوتا ہے مگر پستان کے اندرونی قطعہ میں سے بھی عروق لمف نکلتے ہیں اور مقدمہ میں منسلکی غد میں جو اوپر کی چار بین فضائی فضاؤں میں واقع ہوتے ہیں چلے جاتے ہیں۔ نیز گاہ بگاہ چند عروق قیفالی غدہ (cephalic gland) تک بھی جاتے ہیں جو عضلہ والیہ (deltoid) اور عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے درمیانی فرجہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

243



شکل ۵۸ - پستان اور بغلی کے لمفی عروق اور غدہ۔

(پوائے ریئر Poirier سے ترمیم کردہ۔)

244

ہینڈلے (Handley) نے دریافت کیا ہے کہ سرطان پستان میں نیچے کی طرف عروق لمف میں منتشر ہونے اور برعکس مثلث تک پہنچ جانے کا ایک رجحان بھی پایا جاتا ہے۔ یہاں پر یہ عروق ڈایا فرام کے اوپر اور نیچے کے عروق لمف سے ملنے کے لئے دیوار شکم کو منتقل کرتے ہیں۔ اس کا یہ بیان ہے کہ اسی رابطہ کی وجہ سے سرطان پستان کے واقعات میں جگر ثانوی مطروحات کا ممل ہوتا ہے۔ جب لمبی مجاری سرطان حلا سے مندود ہو جاتے ہیں تو لمف دور کے راستوں سے جاتا ہے زیر کتفی غدہ (subscapular glands) بھی جو بغل کی موخر دیوار پر زیر کتفی عروق کو گھیرے

ہوتے ہیں، بعض اوقات درخت ہو جاتے ہیں۔ بازو کے عروق لف کے ذریعہ سے جو مرکزی بغلی غد میں آکر ختم ہوتے ہیں گندھے کے ارد گرد کی سخت بعض اوقات عضل بازو (brawny arm) یا جلدی کو بیچوں کی شکل میں ثانوی مطروح کا محل بن جاتی ہیں اور ایک پستان کے لمفی نظام کے دوسرے پستان کے لمفی نظام سے قصب پر سے مربوط ہونے کی وجہ سے دوسری طرف کے پستان یا دوسری طرف کی بغل میں ثانوی مطروح پیدا ہو جاتا ہے۔

صدری لمفی ضغیروں کو علیحدہ علیحدہ نظامات تصور نہ کرنا چاہئے۔ زیادہ صحیح خیال یہ ہے کہ تمام دھڑ پر عروق لف کی ایک مشبک صدار یا انکا ایک جال موجود ہوتا ہے۔ دونوں فوق تری حصوں کی سیلیٹ فروا فروا دائیں اور بائیں بغلوں کی طرف ہوتی ہے اور زیر تری حصوں کی جنگا سوں کی طرف ہوتی ہے مگر اپنے کناروں پر ہر ایک لمفی میدان اپنے قریبی میدانوں سے رابطہ رکھتا ہے۔

245

بین ضلعی زراعتی (intercosto-humeral) عصب بغلی غد کے مرکزی گروہ کو مشتبہ کرتا ہے۔ جب ان غد پر سرطان کا حمل ہوتا ہے تو اس عصب کے مضبوط ہونے کا بھی امکان ہوتا ہے اور اس سے بازو کی موخر جانب پر کہنی کے اوپر درد پیدا ہو جاتا ہے جو اس عصب کے انتہائی سرے سے منسوب ہوتا ہے۔ عضدی ضغیرہ (brachial plexus) کے مختلف حصے بھی بعض اوقات متاثر ہو جاتے ہیں یا بغلی ورید یا عروق لف مسدود ہو جاتے ہیں اور بازو نتیجہ متورم اور متہتج ہو جاتا ہے۔

شریانوں کے مندرجہ ذیل گروہ اس غد کو رسد پہنچاتے ہیں اور اس عضو کے

استقرصال کے دوران میں کاٹے جاتے ہیں۔ (۱) جانبی (طویل) صدری، جناحی صدری (alar thoracic)؛ اکرومی صدری محور (acromio-thoracic axis) کی صدری شاخیں۔ (۲) داخل پستانی شریان کی مقدم شاخیں جو دوسری تیری اور چوتھی بین ضلعی فضاؤں میں نکلتی ہیں۔ (۳) دوسری تیری اور چوتھی بین ضلعی شریانوں کی جانبی شاخیں۔

مستزاد حملے اور پستان میں بھی پائی جاتی ہیں اور یہ بالعموم ایک خط میں

بغل اور جنگا سے کے درمیان درمیان ملتی ہیں۔ تمام پستانوں کے مضغی مرحلہ حیات میں اس محل پر

ایک برنارڈینی پستانی حید موجود ہوتا ہے۔ آدمی میں یہ سوائے ایک مقام کے غائب ہو جاتا ہے۔ مگر گاہے گاہے کوئی منفرد حصہ برقرار بھی رہ جاتا ہے اور اس سے آئندہ جلیگر پستان بن جاتی ہے۔ علم جنینیات پستان کے سرین یا کمر پر واقع ہونے کی جہاں یہ کبھی کبھی پائی جاتی ہے توجہ دیکر اس سے قاصر ہے۔

صدری احشاء

(THE THORACIC VISCERA)

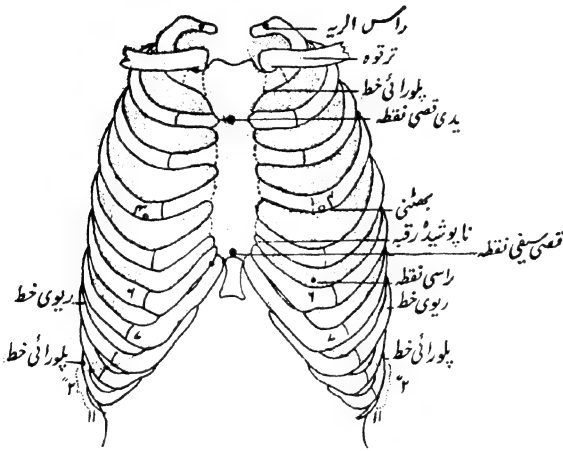
پھیپھڑے | پھیپھڑے کا اس گردن میں ترقوہ کے اندرونی نصف سے ایک انچ سے لیکر دو انچ اور تک پہنچا ہوتا ہے۔ بالغوں کی اکثریت میں اسکا بلند ترین حصہ ترقوہ کے قصبی سر سے ۱ انچ اوپر اور قصبی حلی (sterno-mastoid) عضلہ کے قصبی اور ترقوی سروں کے درمیانی وقفہ میں واقع ہوتا ہے (شکل ۵۹)۔ دونوں پھیپھڑوں کے اگلے کنارے قصبی ترقوی مفصل کے پیچھے سے گذر کر وسطی خط میں قصبی مفصل غضرونی (sternal synchondrosis) پر مل جاتے ہیں۔ یہاں سے دائیں پھیپھڑے کی کور قفس کے خط وسطی کے پیچھے چھپ چھپا کر طرف کو چھٹے غضرونی قصبی مفصل تک چلی جاتی ہے جہاں سے یہ چھٹے غضروف کے خط کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف اتر جاتی ہے۔ بائیں پھیپھڑے کی کور دائیں کی کور کے چوتھے غضرونی قصبی مفصل تک قریب رہتی ہے اور یہاں سے یہ اس خط کے ساتھ ساتھ چوتھے غضروف سے راس قلب کے نزدیک تک گھٹنیا کی جو بائیں طرف کو چلی جاتی ہے (شکل ۵۹)۔ گاہے گاہے یہ منفرد نہیں بھی ہوتی اور گرد قلب کو قفس کی کور تک پوشیدہ کئے ہوتی ہے۔

246

بچہ میں تیموسید (thymus) کی وجہ سے پھیپھڑوں میں سامنے کی طرف زیادہ فاصلہ پایا جاتا ہے۔ دایاں پھیپھڑہ وسطی تک پہنچتا ہے مگر بائیں قفس کی صرف بائیں کور تک ہی آتا ہے (سمنگٹن: Symington) پھیپھڑے کے لیے برین کنارہ کو نظر کرنے کا آسان ترین اور سب سے زیادہ صحیح طریقہ مندرجہ ذیل ہے (شکل ۵۹)۔ چھٹے وسطی غضروف کے ساتھ ساتھ

اس کے قصبی سرے سے لیکو پیچھے کے سرے تک ایک خط کھینچ دیا جاتا ہے اور پیچھے کے سرے سے یہ خط جسم کے گرد افقی رخ میں آگے بڑھا دیا جاتا ہے۔ یہ معلوم ہو جائیگا کہ یہ خط پیچھے کی طرف وسطی خط کو گیارہویں ٹھہری شوکہ (ضد میلانی شوکہ: anticlinal spine) پر یا اس کے نزدیک ہی کاٹتا ہے۔

پلورا کا تناظر کنارہ پھیپھڑے کے زیرین کنارہ کا متوازی نہیں ہوتا۔ یہ اس خط سے



شکل ۵۹ پھیپھڑوں اور پلورا کی سطحی نشان نگاری کو ظاہر کرتی ہے۔

247

ظاہر کیا جاتا ہے جو ساتویں منعلی غضروف کے قصبی سرے سے لیکر اسکے پیچھے کے سرے تک کھینچا جائے اور یہاں سے یہ زیر منعلی حاشیہ کے زیر ترین حصہ سے ۲ انچ اوپر تک بڑھا دیا جائے اور پھر پیچھے کی طرف وسطی خط تک کھینچ دیا جائے جسے یہ بارہویں ٹھہری شوکہ پر یا اس کے قریب ہی کاٹتا ہے۔ اوپر کی طرف رٹوی خط اور نیچے کی طرف پلورائی خط کے درمیان ڈایا فرام چھاتی کی دیوار سے مس کرتا ہے اور ان کے درمیان صرف پلورا کا منعلی ڈایا فرامی (costo-phrenic) انعکاس ہی حائل ہوتا ہے۔ بائیں جانب پر یہ خطوط قص سے مختلف فاصلوں پر شروع ہوتے ہیں — ۱ انچ کی رعایت پلورا کے لئے اور ۲ ۱/۲ انچ کی پھیپھڑے کے لئے دینا چاہئے (شکل ۵۹)۔ پلورا بارہویں

پسلی سے علاوہ رکھتا ہے۔ مگر گاہے گاہے یہ اس پسلی کی گردن کے نیچے پل ایچ یا اس سے زائد فاصلہ تک چلا جاتا ہے اور گردہ کے عملیہ جات میں اسکے زخمی ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ بچہ میں بالغ کی نسبت یہ اور نیچے تک چلا جاتا ہے۔ بایاں پھیپھڑا دائیں کی نسبت زیادہ لمبا زیادہ تنگ اور زیادہ ہلکا ہوتا ہے اور اس سے ذرا پچھلے لیول تک پہنچتا ہے۔

جو ناقب جسم پلورائے پر اثر انداز ہوتے ہیں ان میں ہوا

پلورائی کہف میں داخل ہونے کا امکان ہوتا ہے جس سے استرواح الصدر (pneumothorax) پیدا ہو جاتا ہے اور بعد ازاں یہ ہوا تنفسی حرکات سے دب کر جداری پلورائے زخم کے راستے سے بعض اوقات زیر جلدی بافتوں میں چلی جاتی ہے اور اس سے جراحی نقاخم (surgical emphysema) پیدا ہو جاتا ہے۔ پھیپھڑے کے ضررات میں جبکہ خارجی زخم پیدا نہ ہوا ہو، مثلاً جب یہ عضو کمزور پسلی سے دریدہ ہو جاتا ہے، ہوا پھیپھڑے سے ٹھکر پلورائیں اور یہاں سے پلورائی زخم میں سے زیر جلدی بافتوں میں چلی جاتی ہے اور اس طرح استرواح الصدر (pneumothorax) اور نقاخم (emphysema) دونوں پیدا ہو جاتے ہیں۔

زمانہ جدید کی تیز رفتار گولیاں روئی بافتوں کو زیادہ نقصان پہنچانے یا پلورائی نقصان زیادہ زخم (دمی الصدر: haemothorax) پیدا کرنے کے بغیر پھیپھڑوں میں تو گزر جاتی ہیں اور اس نتیجے کے پیدا ہونے کی وجہ یہ ہے کہ پھیپھڑوں میں ہوا موجود ہوتی ہے جو دب سکتی ہے اور یہ ایک لچکدار دیواروں والے کہف میں واقع ہوتے ہیں اگر یہی گولی کسی ہڈی کے لبے کہف یا کھوپڑی میں داخل ہو تو دھماکے کا اثر پیدا کرتی ہے۔ کیونکہ ہڈی کا گودا یا بھیجا پچک نہیں سکتا اور ایک بند خانہ میں محسوس ہوتا ہے۔

یہ معلوم کرنا بھی مناسب ہو گا کہ نقاخم (emphysema) صدر کے بعض غیر ناقب زخموں کے آس پاس بھی پیدا ہو سکتا ہے جبکہ یہ مصراعی قسم کے ہوں۔ ایسی حالتوں میں ہوا تنفسی حرکت کے دوران میں زیر جلدی بافتوں میں کھنچ جاتی ہے اور دوسری حرکت سے دب کر خلوی بافت میں چلی جاتی ہے اور زخم کی مصراعی ماہیت اسکو باہر نکلنے سے روک دیتی ہے۔ شدید عضلی جہد کے دوران میں مثلاً بچہ پیدا ہوتے وقت پھیپھڑے کے کسی ہوائی کبیک کے پھٹ جانے سے صدر اور گردن کا وسیع نقاخم (emphysema) پیدا ہو جاتا ہے۔ جب پلورائی کہف

کہوا جاتا ہے تو پھیپھڑوں میں کچھ لچکدار بافت کے موجود ہونے کی وجہ سے قدرے ہبوط واقع ہو جاتا ہے، مگر جس حد تک یہ واقع ہوتا ہے اسکے متعلق بہت سی غلط فہمی پائی جاتی ہے پھیپھڑے کی ہوا میں سے نصف یا دو تہائی حصہ جیسا کہ بعض حالتوں میں پایا جاتا ہے نقلی ہوتا ہے، اور یہ پھیپھڑے کے منفعل ہبوط سے خارج نہیں ہو سکتا۔ جب دیوارِ شکم کے عضلات کی زہری مساعی سے ڈایا فرام اوپر کی طرف کو اٹھاتا ہے اور پسلیاں نیچے کی طرف کو کھینچ جاتی ہیں تو صدری فضاؤں کی جسامت بعض اوقات اس قدر کم ہو جاتی ہے کہ پھیپھڑا اس میں باسانی نہ کر سکتا اور اگر مزمار بند ہو تو چھاتی کے زخم میں سے پھیپھڑے کا نفع واقع ہو جاتا ہے لیکن اگر پورائی کہف میں کوئی مصراعی سوراخ موجود ہو جس سے ہوا اندر چوسی جاسکتی ہو مگر باہر نہ نکل سکتی ہو تو ہر ایک نفسی حرکت سے پورائی فضا میں ہوا کی مقدار بڑھتی جاتی ہے اور اس کے بعد ضغطتہ الریہ اور اختصام (suffocation) جلد واقع ہو جاتا ہے۔ اگر تندہرست پورائی کہف میں ہوا یا سیال داخل کر دیا جائے تو وہ جلد جذب ہو جاتا ہے۔ پورا پورائی انصباب یا خون کی نسبت ہوا کو بہت جلد جذب کر لیتا ہے۔ اسی لئے خون یا سیال کے نکالتے وقت اس کی جگہ مصفی ہوا کا مساوی حجم داخل کرنے کا رواج پایا جاتا ہے۔ جوں جوں ہوا جذب ہوتی جاتی ہے پھیپھڑا اس خلا کو پُر کرنے کے لئے جو اس طرح پیدا ہو جاتا ہے پھیل جاتا ہے۔ میکینٹون (Macewen) کی یہ رائے ہے کہ وہ کشش شمری جو پورا کی حشوی اور جداری تھوں کے درمیان موجود ہوتی ہے پھیپھڑے میں ہبوط واقع نہیں ہونے دیتی۔

249

پھیپھڑے کے زخموں میں خون تین سمتوں میں بہ سکتا ہے:- اس عضو کی بافتوں میں (رئوی سکند: pulmonary apoplexy)، شعبتوں میں (جس سے نفث الدم پیدا ہو جاتا ہے) اور پورا میں (جس سے دمى الصدر: hæmothorax پیدا ہو جاتا ہے)۔ کچھ مثالوں میں پھیپھڑا زخم اور پسلی کے کسر کے موجود ہونے کے بغیر بھی نشق ہو چکا ہے۔

چونکہ اسکے عروق شعریہ باریک ہوتے ہیں و نیز تمام ویدی خون کو جو قلب میں واپس آتا ہے قبل اسکے کہ یہ جسم کے دوسرے حصوں تک پہنچ سکے پہلے پھیپھڑوں میں سے گزرنا ضروری ہوتا ہے، اس لئے یہ ظاہر ہے کہ قلعج الدمی (pyæmic) اور دیگر ثانوی مطروحات دوسرے اعضا کی نسبت پھیپھڑے میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

پھیپھڑوں میں جو کہفے تدرن یا لگن یا تمداد (bronchiectasis)

سے پیدا ہو گئے ہوں انہیں ششخاف دینے اور انکی مسیلت کا انتظام کرنے میں کامیابی ہوئی ہے اور یہی ترکیب پھیپھڑے کے کیسیستی دویروں (hydatid cysts) میں بھی استعمال کی جاتی ہے۔ پھیپھڑے کے گہرے ششخافوں سے جو زنف واقع ہوتا ہے وہ اس زنف سے جسکی اس قسم کے کثیر العروق عضو سے توقع کیجا سکتی ہے کم ہوتا ہے۔ پھیپھڑوں کے تدرن میں پورائی انضمامت جلد ہی پیدا ہو جاتے ہیں اور اس طرح پھیپھڑا چھاتی کی دیوار سے مضبوطی سے چپک جاتا ہے۔ پھیپھڑے کے جس حصہ میں بڑا سا کہف ہو اس میں بہوٹ پیدا کرنے کے لئے جس سے کہف مسدود ہو کر مندمل ہو سکے یہ مشق شروع کیگئی ہے کہ انضمامت کو یا تو عملیاتی زخم میں سے یا چھاتی کی دیوار میں سے چاقو یا کواکٹر کر کوڑ دیا جائے۔ اس اثنا میں اندر کا منظر دیکھنے کے لئے پورائی کہف میں کسی دوسری بین ضلعی فضا میں سے دروں بین (endoscope) داخل کر لی جاتی ہے

پلورا کی عصبی رسد۔ پلورا کے حاد التهاب میں درد بعض اوقات بہت

شدید ہوتا ہے اور ماؤف طرف کے تنفسی حرکات میں بہت تخفیف ہو جاتی ہے۔ اگر درد صدکے زیرین حصہ میں ہو تو درد بید شکم میں بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ ان امور کی توضیح پلورا کی عصبی رسد ہی سے ہو سکتی ہے۔ ضلعی پلورا کی رسد ہم پہلوؤں میں ضلعی اعصاب سے آتی ہے جو متناظر بین ضلعی عضلات کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ جب پلورا کے ماتحت حصے ملتهب ہو جاتے ہیں تو ان عضلات میں امتناع واقع ہو جاتا ہے۔ نیچے کی چھ ٹہری اعصاب دیوار شکم کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ لہذا جو درد ضلعی پلورا میں اٹھتا ہے اسکو مریض شکم سے بھی منسوب کر سکتا ہے اور اسلئے غلطی سے بالخصوص بچوں میں حاد مرض شکم تشخیص کر دیا جاتا ہے۔ ڈایا فرامی اور منصفی پلورا کو ڈایا فرامی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے اور ان حصوں میں جو درد پیدا ہوتا ہے وہ گردن یا کندھے سے منسوب ہو سکتا ہے۔ عقی پلورا کو بھی ڈایا فرامی عصب ہی سے رسد پہنچتی ہے (ایچ۔ ایم جاسٹن

-(H. M. Johnston:

قصہ سامنے کی طرف قصبی مفصل غضروفی (sternal synchondrosis)

کے اتصال کے مقابل اور پیچھے کی طرف چوتھے ٹہری فقرہ کے مقابل تقسیم ہوتی ہے۔ دونوں شعبتوں کے درمیانی زاویہ میں لمبی غد کے سلسلے موجود ہوتے ہیں اور یہ شعبتوں کے ساتھ ساتھ پھیپھڑوں کی جڑوں میں بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ غد پھیپھڑوں کے التهابی عوارض میں کلانی فیتہ

ہو جاتے ہیں۔ اور ان سے اوپر کے پانچویں ٹھری فقرات کی دونوں طرف صدر کی ششائی نگارش میں عمتات (opacities) پیدا ہو جاتے ہیں اور قرمہ پر نقل ظاہر ہوتا ہے (کلائیو ریویر - (Clive Riviere:-

قصبہ اور شعبتوں کے اندر کے اجسام غریبہ کی اب شعبہ بین (bronchoscope) سے تعین مقام کیا جاسکتی ہے اور یہ اسکے ذریعہ سے نکالے جاسکتے ہیں۔ جہاں قصبہ دوشاخوں میں تقسیم ہوتی ہے وہاں کی غشائے مخاطی بہت ہی حساس ہوتی ہے۔ اور ثانوی شعبتی نالیوں کے دہنہ جات اس دائری عضلی نظام کے اثر سے جوان نالیوں کی دیواروں میں موجود ہوتا ہے منقبض اور متنع ہوتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔

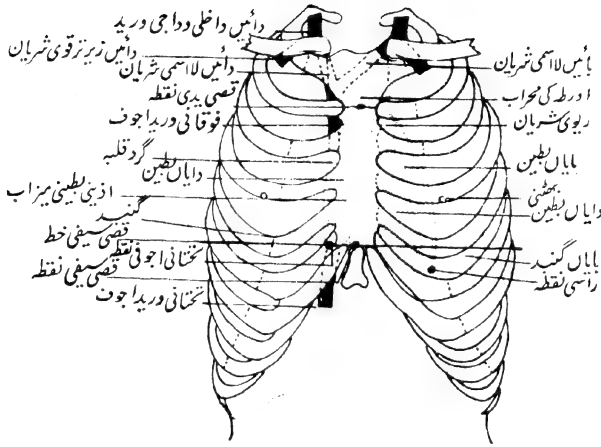
پچھید پھرے کی جڑ اور شعبتوں کو صدر کی ٹھری دیوار کو کتف کے فقری کنارہ کے پیچھے کھولنے کے لئے کھنکھنایا جاسکتا ہے۔ رسل (Russell) اور فاکس (Fox) نے ایک لڑکے کا واقعہ درج کیا ہے جس میں ایک ۳ انچ لمبا پن سر کے بل قصبہ میں اتر گیا تھا اور انجام کار بائیں شعبہ کی رین شخ میں اٹک گیا تھا۔ انھوں نے پچھلی طرف سے آٹھویں سلی کا اتصال جزوی کیا اور پچھید کو آگے کی طرف کو دھکیل کر تاکہ شعبہ جڑ پر مسوا ہو جائے پن نکال لیا۔ پچھید پھرے کی جڑ کو جگہ پر قائم رکھنا ضروری ہے۔ گردِ قلبہ کے ذریعہ سے یہ ڈایا فرام کے ساتھ بندھی ہوتی ہے اور اس عضلہ کے حرکات کے ساتھ حرکت کرتی ہے۔ مذکورہ بالا واقعہ میں لڑکا علیہ کے بارہ دن بعد شفا خانہ چھوڑنے کے قابل ہو گیا تھا۔

251

قلب اور گردِ قلبہ - گردِ قلبہ کا محل اور اسکی وسعت صدر کی سطح پر مندرجہ ذیل

طریقہ سے ظاہر کیا جاسکتی ہے (شکل ۶۰)۔ تین نقطے مقرر کر لئے جاتے ہیں۔ (۱) راسی (apical) - ضرب راس پر پانچویں بائیں بین ضلعی فضا میں قص سے ۳ ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر۔ (۲) قصی یدی (sterno-manubrial) - دوسرے ضلعی غصہ و فوں کے فہتاؤں کے درمیان وسط پر۔ (۳) تحتانی اجوفی (inferior caval) - قصی سیفی (sterno-ensiform) (قصی خجری (sterno-xiphoid) نقطہ سے ایک انچ دائیں طرف اور تحتانی ورید اجوف (inferior vena cava) کے اختتام کے عین اوپر۔ جب ان نقاط کو منحنی خطوں سے ملا دیا جاتا ہے جیسا کہ شکل ۶۰ میں دکھایا گیا ہے تو گردِ قلبہ اور اسکے مشمولات کے اوپر کے رقبہ کی فضا ندھی

ہو جاتی ہے۔ نیچے کا خط قصی خمجری نقطہ کے نیچے سے پا ایچ یا اس سے زائد فاصلہ پر گزرتا ہے۔ اگر ایک بمزل (trocar) زائدہ خمجریہ اور ساتویں بائیں ضلعی غضروف کے درمیان کے زاویہ میں پیچھے کی طرف کو جھونک دیا جائے تو یہ ڈایا فرام کے عین اوپر گرد قلبہ میں داخل ہو جاتا ہے۔ اس زاویہ میں سے گرد قلبہ کی مسیلت بھی کیجا سکتی ہے اور پانچویں اور چھٹے غضروفوں کے کچھ حصہ کا



شکل ۶۰۔ گرد قلبہ اور قلب کا تعلق قص اور سپلیوں کے ساتھ۔

252 جزئی اتصال کرنے سے اس کے کہنہ کا استفادہ کیا جاسکتا ہے۔ گرد قلبہ کا دایاں کنارہ گہرا واقع ہوتا ہے اور دائیں پھیپھڑے سے پوشیدہ ہوتا ہے (شکل ۶۰)۔ تندرستی کی حالت میں اس کو قص کے دائیں کنارہ سے ایک انچ سے زیادہ نہ بٹھانا چاہئے۔

اذینوں اور بلیونوں کے علاوہ گرد قلبہ میں مندرجہ ذیل حصے شامل ہوتے ہیں۔ تحتانی اور فوقانی اجوف وریدوں کے اختتام، اورطہ صعودی اور رئوی شریان۔ ان حصوں اور اورطہ کی محراب اور اسکی شاخوں کا محل شکل ۶۰ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ یہ معلوم ہو جائے گا کہ قلب کی

مقدمہ سطح کا دو تہائی سے زائد حصہ دائیں بطن اور اذین سے بنتا ہے۔ لہذا قلب کی ہولوں میں یہی حصہ بالعموم منقبت ہو جاتے ہیں۔

عملیتی علاج کے لئے قلب کو چوتھے اور پانچویں بائیں منسلکی غصروں کے سروں کو ایک انچ یا اس سے زائد کاٹ دینے میں شکیف کیا جاسکتا ہے۔ اس حشا کو آزادی سے پکڑا جاسکتا ہے اور اس میں ٹانگے لگائے جاسکتے ہیں۔ جراح کا کام اسکے سریع حرکات اور گرد قلب اور ڈایا فرام کے تنفس سے ہلنے کی وجہ سے مشکل ہو جاتا ہے۔ جب قلب میں زخم آجاتا ہے تو خون گرد قلب میں بہ آتا ہے جس سے اذین مضبوط ہو جاتے ہیں اور خون کا داخلی بہاؤ بند ہو جاتا ہے۔ اس طرح گرد قلب کے استسقاء سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ اگر دوسری حالتیں مساوی ہوں تو بطن کا زخم اس کی دیواروں کی دبازت کے اور اس کی استعداد انقباض اور جریان خون کو بند کر دینے کی قابلیت کے موجود ہونے کے باعث اتنا جلد مہلک ثابت نہیں ہوتا جتنا کہ اذین کا زخم ثابت ہوتا ہے۔ یہ ظاہر کرنے کے لئے ایسی بہت سی مثالوں کا اندراج کیا گیا ہے کہ قلب بعض اوقات اپنے جسم میں اجسام غریبہ کو ایک بڑی حد تک برداشت کر لیتا ہے۔ چنانچہ ایک آدمی جس کے قلب میں سے ایک سیخ ایک جانب سے دوسری جانب تک گزری ہوئی تھی بیس دن تک زندہ رہا (Ferus)۔ ایک اور واقعہ میں ایک دیوانہ نے لوہے کی ایک ۶ انچ سے زیادہ لمبی سلاخ اپنی چھاتی میں یہاں تک بھونک لی کہ وہ نظر سے غائب ہو گئی، مگر وہ جلد کے نیچے قلب سے نبضان وصول کرتی ہوئی محسوس کی جا سکتی تھی۔ اس کی موت اس سے ایک سال بعد واقع ہوئی اور یہ معلوم ہوا کہ دھات کا ٹکڑا نہ صرف پھیپھڑوں ہی میں سے گزرا تھا بلکہ بطن کی ہفتی میں سے بھی گزر گیا تھا (Tillaux: ٹلو)۔ مزید برآں قلب ان اجسام غریبہ کا متحمل بھی ہوتا ہے جو اسکے گوشوں میں پڑے ہوئے ہوں۔ جنگ عظیم کے دوران میں سپاہیوں کی ایک معتدبتعداد میں یہ دیکھنے میں آیا ہے کہ دائیں بطن میں گولی یا کوئی ٹکڑا آزاد پڑا ہے مگر اسکے باوجود دیوار قلب میں کوئی زخم کسی جگہ بھی موجود نہیں ایسی حالتوں میں گولی بڑی بڑی وریدوں میں سے کسی ایک میں داخل ہو جاتی ہے اور وریدی خون کے ساتھ ہی دائیں گوشوں میں بہ کر آ جاتی ہے۔ جسم غریبہ روئی شریان میں کسی واقعہ میں نہیں گیا۔ قلب کے زخموں میں ٹانگے لگائے جاسکتے ہیں اور ٹانگا لگانے سے اس کے فعل میں صرف وقتی اختلال ہی واقع ہوا ہے۔ ٹریوٹرس (Travers) نے دائیں بطن کے ایک زخم کو ٹانگے لگائے ہیں جس میں اندازنرف کے لئے وہ میں انگلیاں ڈال سکتا تھا۔

جہاں تک چھاتی کے زخموں کا تعلق ہے، وِلپو (Velpeau) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے جسکے صدر میں ایک پتہ پایا گیا تھا جس سے چھاتی کی پسلیوں سے لیکر عمود فقری تک عبوری ثنیت ہو گئی تھی۔ اور یہ موت سے پندرہ سال پہلے داخل ہوا تھا۔ رائل کالج آف سرجنز (Royal College of Surgeons) کے عجائب خانہ میں گاڑی کی ایک بم موجود ہے جو بائیں جانب کی پسلیوں میں گھس کر تمام چھاتی میں سے گزر گئی تھی اور دائیں جانب کی پسلیوں میں سے باہر نکل آئی تھی یہ مریض دس سال تک زندہ رہا تھا۔

گرد قلبہ کا بزل۔ جیسا کہ پہلے ذکر کیا جا چکا ہے گرد قلبہ کا بزل یا اسکی مسیلت

بائیں منلعی سیغی (costo-ensiform) زاویہ میں سے کیجا سکتی ہے (صفحہ 252) (شکل ۶۰)۔ جس حد تک یہ بائیں پلورا اور پھیپھڑے سے پوشیدہ ہوتا ہے وہ نہایت ہی تغیر پذیر ہے۔ اکثر حالتوں میں اسکا بزل چوتھی اور پانچویں بائیں فضاؤں میں قفس سے ایک انچ کے فاصلہ پلورا کو ضرر پہنچائے بغیر کیا جاسکتا ہے۔ داخلی پستانی (internal mammary) شریان ان فضاؤں میں قفس سے ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر پہنچنے کی طرف کو آتی ہے اور ساتویں غضروف کے پیچھے فوقانی برمعدی (superior epigastric) اور عضل ڈایا فسرامی (musculo-phrenic) شریانوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔

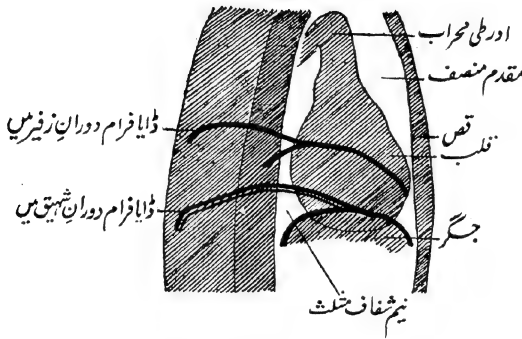
مناسف (mediastina) - مقدم منصف میں خراج یا تو علی محلہ پیدا

ہو جاتا ہے یا گردن سے پھیل کر یہاں تک آ جاتا ہے۔ علیٰ ہذا موخر منصف کے خراجات یا تو ہم پیلو عمود فقری کے امراض سے یا ہم پیلو لہفی غد کے امراض سے پیدا ہوتے ہیں، اور یا مادہ کے کسی پس بلعومی یا پس ملوئی اجتماع کے نیچے کی طرف پھیلنے سے ظہور میں آتے ہیں۔ درون صدی مرض کی تشخیص کے لئے رونتجن (Röntgen) کی شعاعوں کا استعمال

کرنے سے تنفسی حرکات اور صدی احتیاج کے تعلقات کے سلسلہ میں

ہمارے علم میں بہت سی توسیع ہو گئی ہے۔ شکل ۶۱ میں (جو ڈاکٹر ہالز ڈیلی (Dr. Halls) Dally کی احتیاط سے کنجی ہوئی ایک تصویر سے لی گئی ہے، ان زیادہ اہم حصوں کا خاکہ

کینیا لگا ہے جو چھاتی کا اس محور میں امتحان کرنے سے دکھائی دیتے ہیں جو مریض کے دائیں حملہ اور بائیں کتف میں سے گزرتا ہے۔ قلب اور جگر دوران شہیق میں پیچھے اور آگے کی طرف کو اور دوران زفیر میں اوپر اور پیچھے کی طرف کو سایہ کی طرح حرکت کرتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ جب ڈایا فرام نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور قلب عمود فقری سے دور ہو جاتا ہے تو مؤخر منصف جس میں اور ملہ اور مری ہوتے ہیں آپار مشع مثلث کی شکل کا دکھائی دیتا ہے۔ دوران شہیق میں



شکل ۶۱۔ صدر کی صحیح دروں نگار کش۔

(ڈاکٹر ہالس: Dr. Halls Dally کے مطابق۔)

حصوں کی وضع انتہائی شہیق کی حالت میں ظاہر کی گئی ہے اور ڈایا فرام اور جگر کی جو وضع زفیر کے دوران میں ہوتی ہے وہ بھی دکھائی گئی ہے۔

۲۵۵ پچیسپٹرسے بھی صاف نظر آتے ہیں اور زیادہ شفاف ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں مقدم منصف بھی ایک صاف فضا کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ فوقانی منصف میں اور ملہ کی محراب (manubrium) سے لیکر پیچھے کی طرف کو چوتھے ٹھہری فقرہ تک جاتی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ جس شخص سے یہ شکل بنائی گئی تھی اس میں ڈایا فرام کی انتصابی حرکت ۳ انچ تک تھی۔ طبعی شہیق میں انتصابی حرکت ۱/۲ سے لیکر ۳/۴ انچ تک ہوتی ہے اور یہ حرکت ایک سپلی کی چوڑائی کے برابر ہوتی ہے۔

جسر دوریدیں (azygos veins) جو دراصل نیچے کی طرف سے

قطنی وریدوں سے شروع ہوتی ہیں اور مشترک حرقفی (common iliac)، کلوئی (renal) اور ورید اجوف (vena cava) کی دیگر معاون وریدوں سے کم و بیش بلا واسطہ ربط و راہ رکھتی ہیں، فوقانی ورید اجوف (superior vena cava) کے انتہائی حصہ کے اندر کی حالتوں میں وریدی روران خون کو ایک بڑی حد تک قائم رکھ سکتی ہیں۔ ایسا کرنے میں ان کو داخلہ پستانی شریان کی رفیق وریدوں اور بر معدی (epigastric) وریدوں سے مدد ملتی ہے۔ مزید برآں بین ففقی وریدیں بھی بہت کلانی یافتہ ہو جاتی ہیں اور فوقانی اور تحتانی اجوف نظاموں کے درمیان یہ نفیسی مجاری کا کام دیتی ہیں۔

ایسے سلعات (مثلاً کلانی یافتہ غدی تودے) سے جو موخر منصف میں پیدا ہوتے ہیں ان وریدوں کے دب جانے کا احتمال ہوتا ہے اور اس لئے ان بین ضلعی وریدوں کے احتقان سے جو انیس آکر شال ہوتی ہیں چھاتی میں کس قدر تہیج پیدا ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔ موخر منصف میں جو سلعات پیدا ہوتے ہیں ان سے قصبہ یا عذرا کی مانی پر دباؤ پڑنے یا عصب تائسیہ (vagus) یا جمل مشار کی میں خلل آنے سے تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔ قصبہ اور شعبتوں اور مری کے ارد گرد جو کثیر التعداد لمفی غدود موجود ہوتے ہیں وہ اکثر تدرن کا محل بن جاتے ہیں۔ یہ ان اعضا کے ساتھ منضم ہو جاتے ہیں اور بعض اوقات انہیں گس کر منقحر ہو جاتے ہیں۔

اس مہمہ سے عارضہ میں جو حالت لمفیہ (status lymphaticus) کے نام سے موسوم ہے غده تیموسیہ بالعموم بہت کلانی یافتہ پایا جاتا ہے۔ یہ مقدم منصف میں واقع ہوتا ہے اور گرد قلب کے بالائی حصہ اور قلب کے بڑے بڑے عروق کے سامنے اور قص کے اس حصہ اور ان غضروفوں کے پیچھے جو پسلیوں کے تیسرے جوڑے کے اوپر واقع ہوتے ہیں متکثر ہوتا ہے۔ اسکے اطراف منصفی پلور کے انکسارات سے ڈھکے ہوتے ہیں۔ کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں یہ بڑے بڑے عروق اور قصبہ اور شعبتوں پر دباؤ ڈالتا ہے جس سے کس قدر اندازہ پیدا ہو جاتا ہے گریہ اندازہ اتنا زیادہ نہیں ہوتا کہ اس سے فوری موت کی جو حالت لمفیہ (status lymphaticus) میں واقع ہوتی ہے توجہ ہو جائے۔ غده تیموسیہ لف آسرافت سے مرکب ہوتا ہے اور تقریباً اٹھارویں سال میں اپنی اعظم جسامت (۳۶ گرام = ۱/۲ اونس) کو پہنچتا ہے۔ اسکے بعد اسکی جسامت میں بتدریج تخفیف ہو جاتی ہے۔ مردوں میں عورتوں کی نسبت یہ تخفیف زیادہ ہوتی ہے۔ بچہ میں بوقت پیدائش اسکا وزن ۱۲ گرام ہونا چاہئے۔

اسکی ثمریائیں اور وریڈیں جو داخلی پستان (internal mammary) تحتانی در (inferior thyroid) اور لائسی (innominate) عروق سے نکلتی ہیں صغیر الجسامت ہوتی ہیں۔ یہ غدہ ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت سے ارد گرد کی ساختوں سے چسپدہ ہوتا ہے۔ تر قوہوں کے سروں کے درمیان شگاف دیکر اس سے اسکو جزوی بلکہ کلی طور پر بھی علیحدہ کرنا ممکن العمل ہے۔ اس کے افعال مبہم ہیں مگر ہڈی کے نمو اور اسکی بالیدگی پر یہ بلا واسطہ اثر رکھتا ہے۔ نمو کے لئے دیکھو شکل ۵۶ صفحہ 281۔

صدری قنات (thoracic duct) کرابل (Krabbel) نے ایک اقدہ

کی اطلاع دی ہے جس میں نویں ٹھہری فقرہ کے کسر کے ساتھ صدری قنات میں بھی الشقاق واقع ہو گیا تھا۔ یہ مریض چند دنوں کے بعد مر گیا اور دائیں پلور میں ایک گیلن سے زیادہ خالص کیلوس پایا گیا۔ بالائی قطنی اور زیرین ٹھہری فقرات کے اجسام اکثر تدرن کا محل ہوتے ہیں اور اسطرح پیمپھروں کے راسی حصہ بھی۔ وڈجوئس (Wood Jones) نے ان حصوں اور صدری قنات کے قریبی قنات کی طرف اور اس قنات کے ذریعہ سے غذا کی نالی سے تدرنی حملہ کے ان مقامات منتخبہ تک پہنچ جانے کے امکان کی طرف توجہ دلائی ہے۔

257

خزانہ کیلوس (receptaculum chyli) پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے اجسام پر بنتا ہے۔ اور یہ قنات اس سے شروع ہو کر اوپر کی طرف زیرین ٹھہری فقرات کے سامنے سے موخر منصف میں چلی آتی ہے۔ اور گردن کی بائیں جانب پر داخلی ورجی (internal jugular) اور زیر قوی (subclavian) وریڈوں کے مقام اتصال میں داخل ہو کر ختم ہو جاتی ہے اختتام کے قریب یہ اکثر ڈلٹا (delta) کی شکل میں شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہیں جو تعداد میں پانچ تک ہوتی ہیں۔ التهاب باریطون کے علاج میں سموم کو منقطع کرنے کے لئے اس مقام پر صدری قنات کی مسیلیت کرنے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ مگر ابھی تک اس طریقہ کے کارگر ثابت ہونے کے دعویٰ کی نہ تو سریری بنا پر تصدیق کی گئی ہے اور نہ نظری بنا پر۔

معدہ کے سرطان کی حالتوں میں صدری قنات کے اختتام کے ارد گرد کے لمفی غدہ بعض اوقات مرض کے ابتدائی مدارج میں ہی ثانوی بالیدوں سے کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔ ثانوی انتشار صدری قنات کے ذریعہ سے واقع ہوتا ہے۔

حصہ سوم جارجہ اعلیٰ باب یازدہم کندھے کا خطہ

کندھے کے خطہ کی بحث ترقوہ، کتف، ذراعیہ کے بالائی حصہ اور ان نرم حصوں پر مشتمل ہے جو انکے ارد گرد موجود ہوتے ہیں، نیز کندھے کا جوڑ اور بغل بھی اس میں شامل ہیں۔

سطحی تشریح۔ ترقوہ، اکرومی زائڈ اور کتفی تنوکہ سب کے سب زیر جلدی

ہوتے ہیں اور انکو آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ سیدھے کھڑے ہونے کی حالت میں جب کہ بازو طرف جسم کے ساتھ لٹک رہا ہو ترقوہ عموماً عین افقی نہیں ہوتا۔ بخوبی نمایاں افراد میں باہر کے سب پر یہ ذرا اوپر کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ عورتوں اور کمزور اشخاص میں اور ان مردوں میں جنکے شانے فراخ نہ ہوں ترقوہ بعض اوقات یا تو افقی ہوتا ہے یا اس کا بیرونی سر ایچے کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ لیٹنے کی حالت میں چونکہ جارجہ کا وزن دور ہو جاتا ہے

اس لئے اسکا بیرونی سراقصی سرے کی نسبت اور بھی اونچا ہو جاتا ہے۔

ترقوہ کا دالی درنہ (deltoid tubercle) اگر کھلا ہو تو جلد میں سے محسوس کیا جاسکتا ہے اور غلطی سے نیچ العظم (exostosis) تصور کر لیا جاتا ہے۔ اگر وہی ترقوی مفصل ایک انتصابی خط کے مستوی میں واقع ہو جاتا ہے جو بازو کی سامنے کی جانب کے وسط میں سے اوپر کی طرف کو گزرتا ہے۔ اس جوڑ پر بعض اوقات اس مقام پر جو سطح ہونا چاہئے ایک فراز محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ فراز یا تو ترقوہ کے سرے کی کلافی سے پیدا ہوتا ہے اور یا اُس یعنی غضروف کے موٹا ہوجانے کی وجہ سے ظاہر ہوتا ہے جو بعض اوقات اس جوڑ میں پائی جاتی ہے۔ بہت سی حالتوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ رابطات کے کھینچ جانے کی وجہ سے ترقوہ کے اوپر کی طرف کو ذرا سا مقلوع ہوجانے سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ امر یقینی ہے کہ خشک ہڈی میں ایسی کلافی شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے جس سے اس فراز کے اگر وہی مفصل پر پائے جانے کی وجہ ظاہر ہوتی ہو۔ مزید برآں ان افراد میں جنہیں عضلات بخوبی نمو یافتہ ہوں ترقوہ کا قصبی حصہ اکثر عظیم الجسامت اور ضرورت زیادہ ابھرا ہوتا ہے اور اسقدر نمایاں ہوتا ہے کہ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ ہڈی یا مفصل میں کوئی ضرر موجود ہے درآنحالیکہ ضرر موجود نہیں ہوتا۔

259

کندھے کے اوپر کے حصہ کی گولائی اور اسکے ابھار کا انحصار عضلہ دالبہ (deltoid) کے نمو اور ذراعیہ کے بالائی سرے کے محل وقوع پر منحصر ہوتا ہے۔ عضلہ دالبہ کتنی نطاق (shoulder girdle) سے پردہ کی طرح لٹکتا ہے اور جس ہڈی کو یہ ڈھکتا ہے اسی کی وجہ سے یہ باہر کی طرف کو ابھرا ہوتا ہے۔ لہذا اگر ذراعیہ (humerus) کے سر کی جسامت کم ہو جائے جیسا کہ بعض منقرض کسور میں جو تشریحی گردن کے نزدیک واقع ہوں ہوتا ہے تو عضلہ دالبہ کم و بیش چپٹا ہو جاتا ہے اور اگر وہی مقابلتہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ ذراعیہ کا جو حصہ عضلہ دالبہ کے نیچے محسوس کیا جاتا ہے وہ اسکا سر نہیں ہے بلکہ وہ اسکے حدیب جات ہیں جنہیں سے حدیبہ عظیم باہر کی طرف اور حدیبہ صغیر سامنے کی طرف ہوتا ہے۔ کندھے کا اسی قسم کا چپٹا پن عضلہ دالبہ کے ذبول سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جیسا کہ کندھے کے جوڑ کے مزمن التهاب مفصل اور بعض عضلی اسوائنڈز (muscular dystrophies) اور ارب کے پیدائشی شلل (Erb's birth palsy) میں اور گاہے گاہے التهاب رماذ الخناع مقدم (anterior poliomyelitis) میں یا بغلی (axillary) (منخن: circumflex) عصب یا پانچویں اور چھٹی عصبی جڑوں کو نقصان پہنچنے

کی حالت میں ہوتا ہے۔

اس ہڈی کے سرکا معتد بہ حصہ بغل میں اوپر کی طرف کو اٹھایاں لے جا کر محسوس کیا جاسکتا ہے اور اس سے پہلے بازو کی زور سے تعبید کر لیجاتی ہے تاکہ ہڈی کا سر جوڑ کے کیسہ کئے پرین حصہ سے مس کرنے لگے۔ ذراعیہ کے سر کا رخ زیادہ تر داخل یا وسطانی سر قندال کے رخ میں ہوتا ہے۔ چونکہ یہ تعلق بلاشبہ ہڈی کی ہر وضع میں قائم رہتا ہے اسلئے یہ کندھے کی چوٹوں کا امتحان کرنے اور دست ورزی سے خلوع کی ترجیع کرنے میں کارآمد ثابت ہوتا ہے۔ اس سر قندال سے ہڈی کے بالائی سرے کی وضع معلوم کرنے کے لئے بطور اشاریہ کام لیا جاتا ہے۔

260

لاغر اشخاص میں کتف کا خاکہ اور اسکے کنارے کم و بیش واضح طور پر شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ مگر شعیب اور قوی العضلات افراد میں سوائے شوکہ اور اکرومی کے ہڈی کے دیگر تمام حصص تک جارحہ کی معمولی وضعوں میں رسائی کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے فوقانی (وعلانی) زاویہ اور فخری کنارہ کو نمایاں کرنے کے لئے موضوع کے ہاتھ کو مقابل کے کندھے کی طرف جہانک ممکن ہو سکے لے جانا چاہئے۔ تحتانی زاویہ اور بغلی کنارہ کو نمایاں کرنے کے لئے کلائی کو کمر کے پیچھے رکھنا چاہئے۔ کتف کے شوکہ اور اکرومی کے مقام اتصال پر جو زاویہ بنتا ہے وہ بازو کی پامش لینے کے لئے بہترین مقام ہے۔ فیتہ کو یہاں سے ذراعیہ کے خارجی قندال تک لے جاتے ہیں۔ کتف کا بالائی کنارہ دوسری پسلی پر اور اسکا زیرین زاویہ ساتویں پر واقع ہوتا ہے۔ اگر دیلہ (empyema) کے لئے پیچھے کی طرف کتفی خط میں کوئی عملیہ سرانجام دیا جائے تو یہ دیکھ لینا ضروری ہے کہ کتف نیچے سے نیچے کی وضع میں بھی فتح کو مسدود نہ کرنے پائے۔ لہذا جو پسلی قطع کیجائے وہ یا تو آٹھویں ہو یا نویں۔ فنی مزاولت میں صحیح پسلی کی تعین اس پسلی کے معلوم کرنے سے کیجاتی ہے جو کتفی زاویہ سے عین باہر ہو جبکہ بازو طرف جسم سے لٹا ہوا ہے۔

جب بازو طرف جسم کے ساتھ لٹک رہا ہو اور ہاتھ کی ہتھیلی سامنے کی طرف ہو تو اکرومی خارجی یا جانبی سر قندال اور کعبہ کا زائیدہ ابریہ سب کے سب ایک خط میں واقع ہوتے ہیں۔

عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) و عضلہ دالبیہ (deltoid) کے درمیان کا میزاب عموماً شناخت کیا جاسکتا ہے۔ اس میں سے قیفانی ورید (cephalic vein) اور اکرومی صدی (acromio-thoracic) شریان کی ایک بڑی شاخ گزرتی ہے۔

اس میزاب کے نزدیک اور ترقوہ کے ذرا نیچے غائبی زائیدہ (coracoid process)

محسوس کیا جاسکتا ہے۔ گریہ زائدہ ان دونوں عضلات کے درمیانی وقفہ میں موجود نہیں ہوتا بلکہ یہ عضلہ دلتیہ (deltoid) کے سب سے اندرونی ریشوں سے ڈھکا ہوتا ہے۔

غرابی اکرومی (coraco-acromial) رباط کا محل متعین کیا جاسکتا ہے اور اگر اس کے نقطہ وسطی پر چاقو بھونک دیا جائے تو اسے ذوراسین (biceps) کے وتر سے ٹکرانا چاہئے اور اس سے کندھے کا جوڑ کھل جانا چاہئے۔ جب بازو طرف جسم کے ساتھ لٹکتا ہے اور متعین اس کے کی طرف کو ہوتی ہے تو ذوراسینی میزاب (bicipital groove) : بین درنی تجلیفہ (intertubercular sulcus) اکرومی ترقوی جوڑ کے عین نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

261

ترقہ کے عین نیچے ایک نشیب تحت ترقوی حفہ: (infraclavicular fossa) ہوتا ہے جسکی گہرائی میں مختلف افراد میں مختلفہ اختلاف ہوتا ہے۔ یہ ذراعہ کے زیر غرابی غلوع میں اور ترقہ کے ایسے کسور میں جنہیں بد وضعی بھی ساتھ شامل ہو نیز بہت سی بالید ہائے بغل سے اور دیوار صدر کے بالائی حصہ کے بعض التہابات سے بھی پڑ ہو جاتا ہے۔ زیر ترقوی اور زیر غرابی غلوع میں اس حفہ کی جگہ ایک فزائید ہوتا ہے۔ اس خط میں ایک مقام پر جو غرابی زائدہ کے اندر کی (وسطانی) طرف واقع ہوتا ہے اور ترقہ کے تقریباً وسطی حصہ کا متناظر ہوتا ہے بغلی شریان کے نبضانات دوسری پسلی پر محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ ترقہ کے عین نیچے صدر یہ کبیرہ (pectoralis major) کے قسمی اور ترقوی حصوں کے درمیان کی بین فضا اکثر شناخت کی جاتی ہے۔

بغل۔ بغل کے مقدم اور موخر کنارے بہت واضح ہوتے ہیں۔ مقدم کنارہ جو

صدر یہ کبیرہ (pectoralis major) کی زیریں کور سے بنتا ہے پانچویں پسلی کے ساتھ ساتھ جاتا ہے۔ بغل کے گڑھے میں جارحہ اعلیٰ کی وضع کے لحاظ سے اختلاف واقع ہوتا ہے، بشرطیکہ دوسری تمام حالتیں یکساں رہیں۔ یہ اُن حالتوں میں عمیق ترین ہوتا ہے جبکہ بازو کو طرف جسم سے ہم کے زاویہ پر اٹھایا جائے اور جب وہ عضلات جن سے اسکے کنارے بنتے ہیں حالت انقباض میں ہوں جب بازو خط افقی سے اوپر اٹھایا جاتا ہے تو یہ گڑھا زیادہ اتھلا ہو جاتا ہے اور ہڈی کا سر اس فضا میں تطہیل کرتا ہے جس سے یہ کم و بیش پڑ ہو جاتی ہے اور اس حفہ کی چوڑائی مقدم اور موخر شکلوں کے قریب آجانے سے کم ہو جاتی ہے۔ جب بازو جسم سے زاویہ قائمہ پر اوپر اٹھایا جاتا ہے تو عضلہ غرابیہ عضدیہ (coraco-brachialis) سے بغل کی ذراعیتی جانب کے ساتھ ساتھ ایک

نمایاں مریمہ بنجاتا ہے۔ اگر بازو کو طرف جسم کے ذرا نزدیک لے آئیں تو جراح کا ہاتھ بغل میں اوپر تک بخوبی جاسکتا ہے اور دیوار صدر کا استقصاؤ تیسری پسلی کی بلندی تک کیا جاسکتا ہے۔

بغلی غدد جب طبعی حالت میں ہوں تو محسوس نہیں کئے جاسکتے۔ مرکزی گروہ بغل کے بالوں کے گچھے کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ بغلی غدد کی کلانی کا امتحان کرنے کے لئے جراح کو یہ چاہئے کہ اپنے ہاتھ کی انگلیوں کو بالکل قریب لاکر مخروط کی شکل کا بنائے اور اسے بغل کے راس میں جتنی بلندی ممکن ہو لے جائے اور پھر اسے آہستہ آہستہ نیچے کی طرف پہلے بغل کی صدری دیوار پر اور پھر اسکی مقدم اور موخر اور ذرا عینی دیواروں پر لیجائے۔ اس طریقہ سے کلانی یافتہ غدد انگلیوں میں پھنس جاتے ہیں اور محسوس کئے جاسکتے ہیں اور نہ بغل میں انگلیوں کے سرے محض گھاڑ دینے سے غدد کو اوپر کی طرف دھکیل دینے کا امکان ہوتا ہے جس سے انکی کلانی شناخت نہیں ہو سکتی۔

زیر تر قوی (subclavian) شریان کے تیسرے حصہ اور بغلی (axillary) شریان اور اسکے تسلسل — عضدی (brachial) شریان — کا رخ ایک خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو ترقوہ کے وسط سے لیکر غرابی زائیدہ سے گزرتا ہوا پیش مرفقی حفرہ کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے جبکہ بازو کی دھڑ سے زاویہ قائمہ پر تبعید کی گئی ہو اور ہاتھ جت حالت میں ہو۔

صدریہ صغیرہ (pectoralis minor) کا بالائی کنارہ ایک خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو تیسری پسلی سے اسکے غضروف کے قریب سے غرابی زائیدہ کی نوک تک کھینچا جائے۔ جس مقام پر یہ خط بغلی شریان کے خط کو کاٹتا ہے وہ مقام اکرومی (acromio-thoracic) شریان کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ صدریہ صغیرہ (pectoralis minor) کا زیرین کنارہ اور جانبی یا طویل صدری (lateral or long thoracic) شریان کا محل جو اسکے کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے ایک خط سے ظاہر کئے جاسکتے ہیں جو پانچویں پسلی سے انکی غضروف کے نزدیک سے لیکر غرابی زائیدہ کی نوک تک کھینچا جائے۔

زیر کتبی (subscapular) شریان کا خط زیر کتبی عضلہ (subscapularis) کے نیچے رین یا جانبی کنارہ کا متاظر ہوتا ہے جبکہ ساتھ ساتھ یہ شریان جاتی ہے۔ مگر اس کنارہ کا محل وقوع زندہ یا غیر تقطیع شدہ موضوع میں صرف اندازہ سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔

منحن (circumflex) (بغلی : axillary) عصب اور موخر منحن (posterior circumflex) شریان ذراعیہ کو افقی خط میں عضلہ دالید (deltoid) کے انتصابی محور کے

نقطہ وسطی کے اوپر تقریباً ایک انگلی کی چوڑائی کے فاصلہ پر عبور کرتے ہیں۔ یہ مقام اس عصب کی مفروضہ کو فتگی میں اہمیت رکھتا ہے۔ کتقی ٹھری (dorsalis scapulae) شریان (منحن کتقی circumflex scapular) بغلی کنارہ کو اس مقام پر عبور کرتی ہے جو عضلہ دالیہ (daltoid) کے امتصافی محور کے نقطہ وسطی کا قناظر ہوتا ہے۔

بغلی (axillary) شریان کی بڑی بڑی شاخوں کے محل وقوع کے مختلف نشانات اس حالت میں معلوم کئے جاتے ہیں جبکہ بازو اپنی طبعی وضع میں طرف جسم پر لٹک رہا ہو۔

ترقوہ (clavicle)۔ ترقوہ کے اوپر کی جلد ڈھیلے طور پر چپکی ہوتی ہے اور

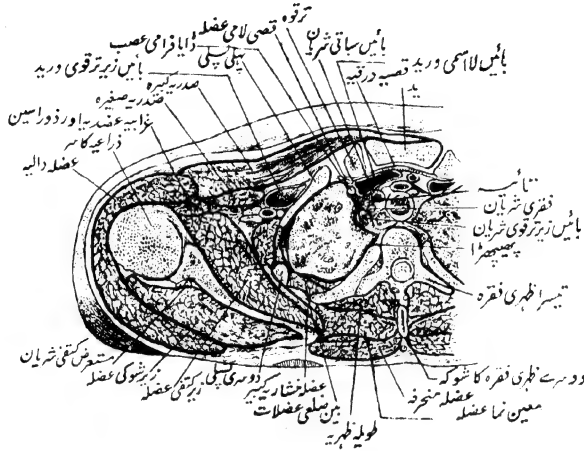
ہڈی پر سے ادھر ادھر ہٹائی جاسکتی ہے۔ اس حالت سے اس امر کی توجیہ ہوسکتی ہے کہ ترقوی خطہ کی کوفٹگیوں میں جلد میں کیوں حقیقی زخم نہیں آتا اور نیز اس سے کسی حد تک جلد کے ترقوہ کے کسور میں بکھرتا منشعب نہ ہونے کی توضیح بھی ہوجاتی ہے۔

وہ تین فوق ترقوی (supraclavicular) اعصاب جو ترقوہ کو عبور کرتے ہیں تیسرے اور چوتھے عنقی اعصاب کی شاخیں ہوتے ہیں اور یہ یاد رکھنا مناسب ہوگا کہ بالائی عنقی عمود فقری کے مرض میں ہنسل کے اوپر درد کا محسوس ہونا ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ یہ علامت اس حالت میں ان اعصاب کی خواش سے پیدا ہوتی ہے جو انکے قنال شوکی سے نکلنے کے مقام پر واقع ہوتی ہے۔

گاہے گاہے خارجی وراجی (external jugular) اور قیفالی (cephalic) ورید کا ایک درمیانی رابطہ ترقوہ کو عبور کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے اور یہ ان عملیہ جات میں جو زیر ترقوی (subclavian) شریان کے تیسرے حصہ اور عضدی ضغیرہ (brachial plexus) کو معتر کرنے کے لئے سرانجام دئے جاتے ہیں کاٹ دیا جاتا ہے۔ یہ رابطہ شاذ طور پر ایک سوراخ میں بھی گزرتا ہے جو خود ترقوہ میں واقع ہوتا ہے۔

ترقوہ کے نیچے بڑے بڑے عروق اور بڑے بڑے عصبی احوال پہلی پسلی پر پڑے ہوتے ہیں۔ ورید سب سے اندر کی طرف ہوتی ہے اور ہنسل اور پہلی پسلی کے درمیان کے زاویہ مادہ میں واقع ہوتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ ہڈی کی بالیدیں ان اہم ساختوں پر آسانی سے دباؤ ڈال سکتی ہیں اور ورید کے اپنے محل وقوع کی وجہ سے اور نیز کم مزاحمت پیش کر نیکی باعث

سب سے پہلے مضبوط ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ ساختیں ترقوہ کے کسر میں ہڈی کے ٹکڑوں سے زخمی ہو چکی ہیں۔ خوش قسمتی سے ترقوہ اور ان بڑے بڑے اعصاب اور عروق کے درمیان زیر ترقوی عضلہ (subclavius) حائل ہوتا ہے۔ یہ عضلہ ہڈی کی ذریعہ سطح سے مضبوطی ہے چسپیدہ اور ایک گھنی ردائیں ملغوف ہوتا ہے اور کسر کی حالت میں یہ عروق کے لئے ایک مناسب



شکل ۶۲۔ بائیں کندھے کے جوڑے لیول پر کی افقی تراش، بائیں ترقوہ کے قرب و جوار کی ساختوں کا محل وقوع ظاہر کرنے کے لئے۔
(برون: Braune کے مطابق)

محافظة کا کام دیتا ہے۔ مزید برآں عضلہ کی یہ متداخل گدی عملیہ جات قطع میں بہت کار آمد نہایت ہوتی ہے۔

ترقوہ کے پیچھے مندرجہ ذیل ساختیں دیکھی جاسکتی ہیں (شکل ۶۲)۔
(innominate) زیر ترقوی (subclavian) اور خارجی و لابی (external jugular) وریڈیں۔ زیر ترقوی (subclavian)، فوق کتنی (suprascapular) (مستمر کتنی transverse scapular) اور داخلی پستانی (internal mammary) شریانیں۔

عضدی ضعیفہ (brachial plexus) کے اجمال۔ ڈایا فراہمی (phrenic) عصب اور طویل صدری (long thoracic) عصب (عصب بل: nerve of Bell)۔ صدری قنات (thoracic duct) کتغیہ لامیہ (omohyoid)، مختلف الانضلاع (scalene)، قصبہ لامیہ (sterno-hyoid) اور قصبہ درتبیہ (sterno-thyroid) عضلات۔ اور پچیسپیٹے کا راس۔ اس ہڈی کا قصی سر لا اسمی (innominate) یا بائیں سبائی (left carotid) شریان، عصب تائم (vagus) اور بازگرد (recurrent) اعصاب، قصبہ (trachea) اور مخا (oesophagus) سے زیادہ دور نہیں ہوتا۔

ترقوہ کے تعلقات اسکے جزوی یا کلی اتیصال کے خطرات کو ظاہر کرنے کے لئے بیان کئے گئے ہیں۔ جوں جوں جراح اکرومی سرے سے قصی سرے کی طرف بڑھتا ہے عملیہ کی مشکلیں اور اسکے خطرات زیادہ ہوتے جاتے ہیں۔ اس ہڈی کے اکرومی ٹلٹ کا اتیصال مقابلہ آسان ہے مگر قصی حصہ کا اتیصال مشکل اور خطرناک ہے۔ تمام ترقوہ کو دور کر دینے سے بازو کو اتنا نقصان نہیں پہنچتا جتنا کہ تصور کیا جاسکتا ہے۔

جارج اعلیٰ اور دسر کے درمیان ترقوہ ہی صرف ایک بلا واسطہ تعلق ہے اور شدید حادثات میں جب تعلق منقطع ہو جاتا ہے تو سالم جارج اعلیٰ کا بالکل الگ ہو جانا ممکن ہوتا ہے۔ بل روتھ (Billroth) اور دوسروں نے قلع جارج کے ایسے واقعات کا اندراج کیا ہے۔

ترقوہ کے کسور۔ ترقوہ جسم کی کسی دوسری اکیلی ہڈی کی نسبت زیادہ کثرت سے

ٹوٹتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ جارج اعلیٰ اور دسر کے درمیان صرف یہی ایک عظمیٰ تعلق ہے اور یہ چوٹ کے معرض اثر میں اکثر آتا ہے۔ طویل بیرم یعنی جارج اعلیٰ کے ذریعہ سے اس پر قوت کا اثر ڈالا جاسکتا ہے۔ بالواسطہ چوٹ سے جو عام کسور واقع ہوتی ہے وہ ترجہا ہوتا ہے اور اسکا محل ایک ہی ہوتا ہے یعنی یہ ہڈی کے درمیانی ٹلٹ کے بیرونی کنارہ پر ہوتا ہے۔ ترقوہ کا بیرونی ٹلٹ رباطات کے ذریعہ سے غرابی اور اکرومی زائڈوں سے اس مضبوطی سے وابستہ ہوتا ہے کہ یہ کتف کا ایک حصہ ہی تصور کیا جاسکتا ہے۔ لہذا کسور کے بل کرنے سے صدمہ پہنچتا ہے وہ ترقوہ کے بیرونی اور وسطی ٹلٹوں کے مقام اتصال پر منتقل ہو جاتا ہے۔ یہ ہڈی اس مقام پر ٹوٹتی ہے جہاں یہ قوت کتف سے ترقوہ پر منتقل ہوتی ہے۔ اس محل پر مقام کسور کو

معین کرنے کے لئے غرابی اکرومی رباطات کا محل بلاشبہ سب سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے، کیونکہ جس ترقوہ پر تجربہ طولانی ضغط کا اثر ڈالا جاتا ہے وہ اس مقام پر نہیں ٹوٹتا (Bennett: -)

266

اس کے کسر میں مندرجہ ذیل غیر وضعیت پیدا ہوتی ہے۔ اندر کے ٹکڑے کی وضع یا تو غیر متغیر رہتی ہے اور یا اسکا باہر کا سرا عضلہ قصیہ جلیہ (sterno-mastoid) کے ذریعہ سے ذرا اوپر کو اٹھ جاتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ اس عضلہ کے ہر ایک فعل میں عضلہ صدیہ کیہ (pectoralis major) اور قصی ترقوی (معین نما: rhomboid) رباط مزاحم آئینگے۔ باہر کے ٹکڑے میں تہری بد وضعی پیدا ہو جاتی ہے۔ (۱) یہ عین نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اور یہ بد وضعی زیادہ جارحہ کے وزن سے عمل میں آتی ہے جبکہ عضلہ صدریہ منغیرہ (pectoralis minor) اور عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے زیر ریشے اور عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi) بھی مدد پہنچاتے ہیں۔ (۲) یہ ان عضلات سے جو دھڑے سے کندھے کی طرف کو جاتے ہیں مثلاً رافع الکتف (levator scapulae) عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi) اور خاصکر عضلات صدریہ (pectorals) عین اندر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ (۳) یہ ٹکڑا اس طرح گردش کر جاتا ہے کہ اسکا باہر کا سرا اگے کی طرف کو ٹکل جاتا ہے اور اندر کا سرا پیچھے ہٹ جاتا ہے۔ یہ گردش زیادہ تر دونوں عضلات صدریہ کے ذریعہ سے عمل میں آتی ہے جبکہ عضلہ فشاریہ کبیرہ (serratus magnus) (مقدم) سے خاص مدد ملتی ہے۔ موصخر الذکر عضلہ کا طبعی فعل کتف کو آگے کی طرف کو لے جانا ہے اور ترقوہ بھی جو جارحہ اعلیٰ کو دھڑے سے مناسب فاصلہ پر رکھنے کے لئے ایک بازو ہمار (outrigger) کی طرح کام کرتا ہے ساتھ ہی آگے کی طرف چلا آتا ہے اور کتف کو سیدھا رکھتا ہے اور جب یہ بازو ہمار ٹوٹ جاتا ہے تو عضلہ فشاریہ (serratus) کتف کو عین آگے کی طرف نہیں لے جاسکتا۔ اس ہڈی کا میلان دھڑ کی جانب کو جانے کی طرف ہوتا ہے اور اسلئے یہ اندر کی اور سامنے کی طرف کو حرکت کرتی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ لہذا اس کسر میں ٹکڑوں کا متراکب ہونا ضروری ہوتا ہے۔ اور چونکہ غیر وضعیت کو رفع کرنا مشکل ہوتا ہے اسلئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ سوائے فخذی کے اور کسی ہڈی میں قصر کے باقی رہ جانے کا اتنا احتمال نہیں ہوتا جتنا کہ ترقوہ کے ترچھے کسر کے بعد ہوتا ہے۔ قصر کی پائش شاذ و نادر ہی ایک انچ سے متجاوز ہوتی ہے۔ اس کسر میں جو بد وضعی پائی جاتی ہے

اسکی اصلاح مریض کے لیٹ جانے پر بخوبی کیجا سکتی ہے۔ چونکہ اس وضع میں جارح کا وزن دور ہو جاتا ہے اسلئے جو غیر وضعیت نیچے کے رخ میں موجود ہوتی ہے وہ فوراً رفع ہو جاتی ہے۔ اور چونکہ کندھے کی چوٹی بھی پیچھے کی طرف کو مرکب جاتی ہے اسلئے باہر کے ٹکڑے کی غیر وضعیت جو اندر کی طرف ہوتی ہے اور اسکی گردش جو آگے کی طرف ہوتی ہے کسی حد تک دور ہو جاتی ہیں۔ بہر کیف موخر الذکر دونوں غیر وضعیتوں کا بیشتر حصہ کتف کی وساطت ہی سے دور ہوتا ہے۔ لینٹھ کی حالت میں کتف دکر صدر کے اور نزدیک آجاتا ہے جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اسکا باہر کا سرا (اور اسکے ساتھ ہی ظاہر ہے کہ ترقوہ کا باہر کا ٹکڑا ابھی) باہر کی اور پیچھے کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ بعض جراح کتف کے اس اہم فعل کو جوان واقعات میں غیر وضعیت کو رفع کرنے کے لئے بروئے کار آتا ہے سلیم کرتے ہوئے کتف کو دھڑ سے مضبوطی سے پٹیوں کے ذریعہ سے باندھ دیتے ہیں اور ساتھ ہی بازو کو اوپر اٹھا دیتے ہیں۔

بلا واسطہ چوٹ سے جو کسور واقع ہوتے ہیں وہ بالعموم مستعرض ہوتے ہیں اور ہڈی کے ہر ایک حصہ میں واقع ہو سکتے ہیں۔ جب یہ وسطی ثلث میں واقع ہوتے ہیں تو ان میں وہی غیر وضعیت پائی جاتی ہے جسکا ذکر ابھی کیا جا چکا ہے۔ جب کسر مخروط نما (conoid) اور شبیہ منصرف (trapezoid) رباطات کے درمیان واقع ہوتا ہے تو کوئی غیر وضعیت ممکن نہیں ہوتی۔ اور جب یہ ان سے باہر واقع ہوتا ہے تو باہر کے ٹکڑے کا باہر کا مرا عضلات صدریہ (pectorals) اور عضلہ منشاریہ (serratus) کی وجہ سے آگے کو چلا جاتا ہے اور اسس کا اندر کا مرا عضلہ منصرف (trapezius) کی بدولت ذرا اوپر کو اٹھ جاتا ہے۔ اس کسر میں باہر کے ٹکڑے کی کوئی عمومی غیر وضعیت نیچے کی طرف کو نہیں پائی جاتی کیونکہ یہ اس رخ میں حرکت نہیں کر سکتا تا وقتیکہ کتف بھی اٹھ جائے نہ جائے اور کتف غرابی ترقوی رباطات سے ترقوہ کے اندر کے ٹکڑے سے وابستہ رہتا ہے۔

ترقوہ صرف عضلہ فعل کی شدت سے بھی ٹوٹ جاتا ہے۔ پوپلے لون (Polailon) نے الملاح کردہ واقعات کے محتاط تجزیہ سے یہ نتیجہ نکالا ہے کہ جو عضلات ہڈی کو توڑتے ہیں وہ عضلہ دالبیہ (deltoid) اور عضلہ صدریہ کبیرہ کا ترقوی حصہ ہیں۔ یہ کسی حالت میں بھی ظاہر نہیں ہوتا کہ کسر عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) سے واقع ہوتا ہے۔ جن حرکتوں سے یہ کسر بالعموم واقع ہوتا ہے وہ جارح کی آگے کی طرف کی یا اوپر کی طرف کی شدید حرکتیں ہیں۔ یہ عوام طور پر ہڈی کے

وسط میں واقع ہوتے ہیں اور انہیں سوائے دونوں ٹکڑوں کے آگے کی طرف کو یعنی اول الذکر دونوں عضلات کے ریشوں کے رخ میں حرکت کر جانے کے کوئی غیر وضعیت موجود نہیں ہوتی۔

ترقوہ میں خیز راس کسر (green-stick fracture) جسم کی کسی دوسری ہڈی کی نسبت زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ منسلک کے ٹوٹنے کے نصف واقعات درحقیقت ۵ سال کی عمر سے پہلے ظہور پذیر ہوتے ہیں۔

اس ہڈی کے تعلقات کی طرف رجوع کرنے سے یہ ظاہر ہو گا کہ شدید کسور میں جنہیں بہت سی غیر وضعیت موجود ہوا اور ٹکڑے تیز ہوں اعصاب اور عروق کو اہم متلازم ضررات (associated injuries) پہنچ جاتے ہیں (دیکھو شکل ۶۲)۔ جارحہ اعلیٰ کے شکل (جو قاعدہ غیر مکمل ہوتا ہے) کے بہت سے واقعات کی اطلاع وصول ہوئی ہے جن میں شیلل اس ہڈی کے کسر سے پیدا ہوا تھا انہیں سے بعض واقعات میں یہ علامت اپنی جگہ سے ہٹے ہوئے ٹکڑوں سے کسی بڑی عصبی جل کے حقیقتہً مضبوط یا مشق ہو جانے سے پیدا ہوئی تھی اور بعض میں عصب کا ضرر اگرچہ ابتدائی حادثہ ہی میں واقع ہوا تھا مگر شکستہ ترقوہ سے غیر متعلق تھا۔ عضلہ ذوراسین (biceps) عضلہ عضدیہ (brachialis) اور عضلہ عضدیہ کعبیہ (brachio-radialis) (باطحہ طویل: supinator longus) یعنی ان عضلات کا شل جھکو بالائی (جانبی) حمل رسد پہنچاتی ہے کدے پر بھاری وزن اٹھانے سے واقع ہوا جاتا ہے۔ زیر ترقوی (subclavian) شریان اور زیر ترقوی ورید اور نیزد انخسل و داجی (internal jugular) ورید اور اکرومی صدری (acromio-thoracic) شریان کے زخمی ہونے کے واقعات کی اطلاع بھی پہنچی ہے۔ کئی ایک مثالوں میں یہ کسر پھیپھڑے کے زخم کی معیت میں اوپر کی پسلیوں کے کسر کے ساتھ یا اسکے بغیر پایا گیا تھا۔

ترقوہ میں تعظم جسم کی ہر ایک ہڈی سے پیشتر شروع ہوا جاتا ہے۔ بوقت پیدائش تمام پور غظمی ہوتی ہے مگر دونوں سرے ابھی تک غضروفی ہی ہوتے ہیں۔ اسکے قصی سرے کے لئے ایک بر بال (epiphysis) ہوتا ہے جو اٹھارویں اور بیسویں سال کے درمیان ظاہر ہوتا ہے اور پچیسویں سال کے قریب پوری سے متحد ہو جاتا ہے۔ یہ صرف ایک محل سا ہوتا ہے اور قصی مفصل کے رباہات سے گھرا ہوتا ہے اور حادثہ میں ابھی طرح سے علحدہ نہیں ہو سکتا۔

لے سر جیتھ (Mr. Heath) (لائسٹ: Lancet) ۱۸ نومبر ۱۸۸۵ء ایک واقعہ کی اطلاع دیتے ہوئے

جن واقعات میں ترقوہ خلقی طور پر غائب بتایا جاتا ہے ان میں ہڈی کے اس حصہ کی جگہ جو غشتا سے بنتا ہے ایک ریاضی جبل ہوتی ہے اور سروں کی جگہ جو غضروف سے بنتے ہیں عظمیٰ کرہ سے جڑے ہوئے ہیں۔ ترقوہ کے ناقص تعظم کے ساتھ بالعموم کھوپڑی کی ان ہڈیوں کا غیر مکمل تعظم بھی پایا جاتا ہے جو غشتا سے بنتی ہیں اور یہ حالت جمجمی ترقوی سوء تعظم (cranio-cleido-dysostosis) کے نام سے مشہور ہے۔ اس مرض کی ڈی فٹز ویلیامز (D. Fitzwilliams) نے ۶۰ مثالیں جمع کی ہیں اور میں (سہی-سی چائس) نے تین اور دیکھی ہیں۔ اس مرض کے مریض ترقوہ کے زیادہ تر حصہ کے رباطی حالت پر قائم رہنے کی وجہ سے کندھے کو ایک غیر معمولی حد تک قریب لا سکتے ہیں۔ بعض اوقات ترقوہ کا نقص اتنا محدود ہوتا ہے کہ یہ کمرے متاثر ہوتا ہے۔

قصی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint)۔ اگرچہ صرف یہی

ایک مفصل ہے جو جارح اعلیٰ کو دھڑ سے بلا واسطہ متحد کرتا ہے مگر پھر بھی اس میں اتنی کافی لماعت موجود ہوتی ہے کہ اس میں خلع مقابلہ شاذ طور پر ہی واقع ہوتا ہے۔ اس مفصل کی حرکت کا انحصار زیادہ تر قص اور ترقوہ کے قصی سرے کے روگوں میں عدم توافق موجود ہونے پر ہوتا ہے۔ ان حصوں کا باہمی عدم تناسب بین مفصلی غضروف کی وجہ سے برقرار رہتا ہے جو صرف ترقوی سطح کے خاکہ کی شکل کا ہوتا ہے۔ اس مفصل کا کہف وی (V) کی شکل کا ہوتا ہے، جسکی وجہ یہ ہے کہ ترقوہ جبکہ بازو پہلو سے قریب لٹک ہوا اپنے خانہ کو محض اس کے زاویہ زیریں پر ہی مس کرتا ہے۔ لیکن جب ہاتھ اوپر اٹھا ہوا ہو تو یہ دونوں ہڈیاں ایک دوسری کے ساتھ زیادہ قریبی طور پر مس کرتی ہیں اور کہف مفصلی صرف ایک جھری کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ چنانچہ اس مفصل کے مرض میں یہ پایا جاتا ہے کہ اسکی تمام حرکتوں میں سے صرف جارح اعلیٰ کا اوپر کو اٹھانا ہی ایک ایسی حرکت ہے جس سے درد ہمیشہ پیدا ہوتا ہے۔ مفصل نازل عنقی (descending cervical) عصاب کی فوق ترقوی شاخ سے رسد حاصل کرتا ہے۔

بقیہ حاشیہ معفر گد شستہ۔ فقہی المثال ہے۔ یہ واقعہ ایک چودہ سال کے لڑکے کا ہے جسکا ترقوہ کرکٹ میں بال کرتے ہوئے برابلی غضروف سے علحدہ ہو گیا تھا اور بال بال علی حال رہا۔ یہ ظاہر ہے کہ جس عضلہ سے یہ حادثہ واقع ہوا وہ عضلہ مدریہ کبیرہی تھا۔

ترقوہ کی تمام وضعوں میں مقدم اور موخر قصی ترقوی رابطات کے معتدل طور پر تنبیہ ہونے کی وجہ سے اس مفصل کی حرکتیں محدود ہوتی ہیں۔ رباط موخر ترقوہ کی اس حرکت کو باز رکھتا ہے جو قص پر آگے کی جانب کو ہوتی ہے اور جس میں رباط مقدم مزاحم آتا ہے۔ یہ موخر الذکر رباط موخر بند کے مقابل میں زیادہ ڈھیلا اور کم مضبوط ہوتا ہے اور اسکی کمزوری سے آگے کی طرف کو خلع واقع ہونے کی کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے۔

270

ترقوہ کی جو حرکت قص پر پیچھے کی طرف کو واقع ہوتی ہے اس کی تحبید رباط مقدم سے ہوتی ہے۔ اور اس ہڈی کے سرے کے پیچھے کی طرف کو گزرنے میں مضبوط موخر بند مزاحم آتا ہے۔ اس حرکت کی مخالفت منعلی ترقوی رباط سے بھی ہوتی ہے۔ لہذا پیچھے کی طرف کو خلع واقع کرنے کے لئے معتد بہ قوت کا استعمال کرنا ضروری ہوتا ہے۔ میں (سی سی چوالس) نے صرف ایک ہی واقعہ دیکھا ہے جو گھوڑے پر سے گرنے سے نکلور پیدر ہوا تھا۔ اس میں نطا ہر دونوں رابطات دیدہ ہو گئے تھے اور دوران اندام میں خلع کے بار دیگر واقع ہوئے روکنے کے لئے معتد بہ نخل پیش آتی تھی۔

قصی ترقوی مفصل کا مرض - مفصل میاں مفصلی غضروف کے ذریعہ سے

درحقیقت دو جوڑوں پر منقسم ہوتا ہے۔ دوران میں سے ہر ایک میں ایک واضح زلابی غشا ہوتی ہے ان جوڑوں میں جوڑوں کے معمولی امراض پیدا ہو سکتے ہیں اور یہ ظاہر ہے کہ مرض ان زلابی تاجوں میں سے ایک ہی میں شروع ہو سکتا ہے اور کچھ عرصہ کے لئے اسی تک ہی محدود رہ سکتا ہے۔ وقت گزرنے پر بالعموم تمام مفصل ماؤف ہو جاتا ہے۔ مگر ترقی یافتہ واقعات میں بھی مرض بعض اوقات غضروف کی ایک ہی طرف کے زلابی کہذا تک محدود رہتا ہے۔ بعض مصنفین کی یہ رائے ہے کہ مفصل تقیح الدم (pyæmia) سے کسی دوسرے مرض کی نسبت زیادہ کثرت سے متاثر ہوتا ہے۔ جب قصی ترقوی مفصل میں انصباب اور بالخصوص تقیح پیدا ہو جاتا ہے تو ورم بالعموم سامنے کی طرف ظاہر ہوتا ہے کیونکہ اس مفصل کے ارد گرد معنی رباطی ساختیں ہیں انیس سے مقدم قصی ترقوی رباط سب سے پتلا اور سب سے کم مزاحم ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ پیپ جب از خود باہر نکل آتی ہے تو عام طور پر مقدم سطح پر ہی سے خارج ہوتی ہے۔

قصی ترقوی مفصل کے خلوع - ترقوہ کا خلع قص سے ان تین رگوں میں سے

کسی ایک رخ میں واقع ہو سکتا ہے اور یہ لمبا ظ کثرت وقوع بالترتیب دئے گئے ہیں۔ (۱) آگے کی جانب۔ (۲) پیچھے کی جانب۔ (۳) اوپر کی جانب۔ رباطات کے مفصل کی حرکتوں کو محدود رکھنے کے متعلق جو اوپر بیان کیا جا چکا ہے اس سے ان خلوع کی اضافی کثرت وقوع سمجھ میں آ سکتی ہے۔

اکرومی ترقوی مفصل

یہ مفصل اتھلا ہوتا ہے اور جن دو ہڈیوں سے یہ بنتا ہے انکا خاکہ ایسا ہوتا ہے کہ ترقوہ کے اکرومی سے دور ہٹ جانے میں کوئی شے مزاحم نہیں ہوتی۔ اس مفصل کی طاقت کا انحصار حقیقت میں تقریباً سب کا سب اسکے رباطات پر ہوتا ہے۔ اسکا مستوی اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو ان ہڈیوں کے درمیان اوپر سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو کمینچا جائے۔ اس مفصل کا یہ میلان اس امر کی توضیح کرتا ہے کہ اس حصہ کا عام خلع ترقوہ کے اکرومی پر سے اوپر کی طرف ہٹ جانے کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ اس مقام پر جو خلع واقع ہوتا ہے اسکا ایک مغالطہ انگیز منظر شعاعی نگارشوں میں اکثر دیکھنے میں آتا ہے، خاصاً جبکہ نلی کو مفصل کے اوپر صیح طور پر نہ رکھا گیا ہو۔ لہذا یہ بہت ممکن ہے کہ شعاع نگارش کا نا تجربہ کار شارح ایسی حالت میں بھی خلع تشخیص کر دے جبکہ کوئی خلع موجود نہ ہو۔ چونکہ اس مفصل کے حرکات میں حادثہ یا مرض کی وجہ سے نقص واقع ہو جاتا ہے اس لئے

271

یہ معلوم کر لینا بہتر ہوگا کہ جارحہ کے حرکات میں یہ مفصل کیا حصہ لیتا ہے۔ جب کتف (اور نیزہ) ہارے کہ اسکے ساتھ بازو بھی ہوتا ہے) صدر پر آگے اور پیچھے کی جانب کو پھسلتا ہے تو ایک فکس کی شکل میں حرکت کرتا ہے جسکا مرکز قصی ترقوی مفصل پر ہوتا ہے اور نصف قطر ترقوہ ہوتا ہے۔ جب یہ ہڈی آگے کی طرف کو حرکت کرتی ہے تو ان وجوہ کی بنا پر جسکا ذکر ابھی آئے گا یہ ضروری ہے کہ وقتی کہف کا رخ بھی ترجیحی سمت میں آگے کی طرف کو ہو۔ یہ موزن الذکر مطلوبہ حالت اکرومی ترقوی مفصل سے پیدا ہوتی ہے۔ اس مفصل کی عدم موجودگی میں تمام کتف ترقوہ کے برونی ہوتے آگے کی طرف کو گزرتے وقت مذکورہ بالا دائرہ کے خط کا متبع کر لیا اور وقتی کہف کا رخ اندر کی جانب کو زیادہ ہو جائے گا۔ یہ لازمی ہے کہ وقتی کہف کی سطح ذراعیہ کے طویل محور پر حتی الامکان زاویہ قائمہ کی حالت میں قائم رہے۔ جب یہ تعلقات برقرار ہیں تو ذراعیہ کے پیچھے ہڈی کی مضبوط سطح کا سہارا موجود ہوتا ہے اور کسی حد تک اسی سہارے سے فائدہ اٹھانے کے لئے گونفے باز جانب سے یعنی ذراعیہ کو پیچھے سے کتف کا اچھی طرح سے سہارا دیکر گونسا مارتا ہے لہذا اکرومی ترقوی جوڑ

272

موجود نہ ہوتا تو قبی حفرہ بازو کو آگے کی طرف بڑھانے کی صورت میں سہارا نہ دیتا اور اس حالت میں گھونسا مارنے سے جب کہ جارحہ اس وضع پر ہو یا اسی طرح کے حالات کے تحت ہاتھ کے بل گرنے سے ذراعیہ کے کندھے کے جوڑ کے کیسہ کی طرف نکل جانے کا امکان ہوتا ہے جس سے خلع پیدا ہو جاتا ہے۔ لہذا طبیعی حالتوں میں جوں جوں کتف اور بازو آگے کی طرف کو بڑھتے ہیں اکرومی اور ترقوہ کے ہم پہلو حصہ کے درمیان کا زاویہ زیادہ حاد ہوتا جاتا ہے اور قبی حفرہ اسی وضع پر قائم رہتا ہے کہ اسکا رخ کافی حد تک آگے کی طرف کو ہوتا ہے تاکہ ذراعیہ کو مضبوط سہارا دے سکے۔ چنانچہ اب یہ ثابت ہو گیا ہوگا کہ اس چھوٹے سے جوڑ کی سختی کندھے کے مفصل کی مدم حفاظت اور جارحہ کے بعض حرکات میں ضعف پیدا ہونے کا باعث ہو سکتی ہے۔ جب بازو اٹھا کر سر کی جانب لایا جاتا ہے تب بھی اس مفصل میں حرکت واقع ہوتی ہے اور جوں جوں کندھا اوپر کو اٹھتا جاتا ہے ترقوہ اور بغلی کنارہ کے درمیان کا زاویہ زیادہ حاد ہوتا جاتا ہے۔

اکرومی ترقوی جوڑ کے خلوع - ترقوہ یا تو اوپر کی طرف ہٹ کر

اکرومی پر چلا جاتا ہے اور یا نیچے کی طرف ہٹ کر اسکے نیچے چلا جاتا ہے۔ پوسٹے لون (Polailion) نے مقدم الذکر خلع کے ۳۸ واقعات اور مؤخر الذکر کے صرف ۶ واقعات ہی جمع کئے ہیں۔ اس عدم تناسب کی زیادہ تر توضیح اس جوڑ کی مفصلی سطحوں کے رخ سے ہو جاتی ہے۔

کتف (scapula) - اس ہڈی کی مؤخر یا ظہری سطح پر جو عضلات اٹکے شوکر کے

عین اوپر اور اسکے عین نیچے واقع ہوتے ہیں وہ عمیق رداسے وابستہ ہوتے ہیں۔ چنانچہ فوق شوکی عضلہ (supraspinatus) ایک رداس بند ہوتا ہے جو اس عضلہ کے مبداء کے ارد گرد ہڈی سے چسپیدہ ہوتی ہے اور اس سے ایک کہفہ لٹیرا ہو جاتا ہے جو صرف اس عضلہ کے منتہی کی طرف ہی نکلتا ہے۔

لے ان مفاسل کے میکانیہ کا بہت عمدہ بیان دیکھنے کے لئے دیکھو مورسز "انATOMY آف دی جوائنٹس"

(Morris's "Anatomy of the Joints")

تحت شوکی (infraspinatus) اور مدخلی صغیر (teres minor) عضلات بھی ایک نمایاں گہر بہت گہری ردا سے گھریے ہوتے ہیں جو عضلات کی اُس طرف ہڈی سے پسیدہ ہوتی ہے اور آگے کی طرف غلاف دالیہ کے ساتھ مخلوط ہو جاتی ہے اور اس سے ایک دوسری بند فضا بن جاتی ہے۔ ان رداؤں کی ترتیب اُس قلیل المقدار کدم (ecchymosis) کے پیدا ہونے کی توضیح کرتی ہے جو عظم الکُتف کے کسور کے بعد ظاہر ہوتی ہے۔

کُتف کے حرکات۔ جسم کے پہلو سے بازو کو اوپر اٹھا کر سر کے اوپر انتصابی

وضع میں لانے میں ایک دوسری حرکت واقع ہوتی ہے۔ (۱) کُتف اور دوسرے درمیان۔ (۲) ذراعیہ اور کُتف کے درمیان کندھے کے جوڑ پر۔ پہلے جوڑ میں حرکت کی مقدار تقریباً ۹۰° ہوتی ہے۔ اور دوسرے میں تقریباً ۱۰۰° درجہ ہوتی ہے۔ ایک جوڑ دوسرے جوڑ کا معاون ہوتا ہے۔ لہذا کندھے کے جوڑ کی جہادت میں بازو کی کسی قدر تبعید اور تقریب باقی رہ جاتی ہے، اور تمام بالائی جارحہ دوار کُتف کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ یہ نتیجہ حاصل کرنے کے لئے قبل اسکے کہ جہادت واقع ہو بازو کی پہلو سے تبعید کرنا ضروری ہوتا ہے۔ جب یہ جارحہ اوپر اٹھا دیا جاتا ہے تو کُتف میں ایک آزاد دوار حرکت واقع ہو جاتی ہے اور اس کا فکری کنارہ تقریباً انتصابی وضع سے تقریباً افقی وضع میں آ جاتا ہے۔ اس حرکت کی ابتدا پر جب تک کہ بازو پہلو سے ۳۵° تک نہیں پہنچ جاتا کُتف کا زاویہ تقریباً ساکن رہتا ہے۔ اس مرحلے میں کُتف مثبت رہتا ہے اور عضلہ منخر فس (trapezius) عضلات معین نما (rhomboids) اور عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) اسکو اسکی جگہ پر قائم رکھتے ہیں۔ اگر عضلہ منخر (trapezius) میں شلل واقع ہو گیا ہو جیسا کہ گردن سے غدد دور کرنے میں عصب معین (accessory) (نمائی معین: spinal accessory) کے اتفاقیہ کٹ جانے سے ہو جاتا ہے تو تحتانی زاویہ اور فکری کنارہ مرتفع بازو کے بوجھ سے پیچھے کی طرف کو کھل جاتے ہیں اور کندھے کا گردنی حصہ نیچے اور آگے کی طرف کو گر جاتا ہے۔ جب بارودہ ۳۰° درجہ سے آگے کھل جاتا ہے تو عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کا فعل شروع ہو جاتا ہے اور کُتف کا تحتانی زاویہ سرعت سے آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے اگر عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) مشلول ہو جائے (بیل: Bell) کا طویل صدی عصب جو پانچویں، چھٹے، ساتویں، ہفتمی اعصاب

نکلتا ہے) یا اسکے متضاد عضلات — عضلات معین نما (rhomboids) — میں جو اس حالت میں فعل کرتے ہیں شلل واقع ہو جائے (وہ عصب جو پانچویں عصب سے آتا ہے) تو کتف کا زاویہ اور موخر کنارہ نمایاں یا ”ممتنع“ (winged) ہو جاتے ہیں — یہ علامت ان عضلات کے شلل کی ہے۔ چنانچہ حرکت کی ابتدا میں کتف کی جراحی (winging) عضلہ منخرس (trapezius) کے شلل کو ظاہر کرتی ہے۔ اگر یہ حرکت کے اچھی طرح شروع ہو جانے کے بعد واقع ہو تو عضلہ منخرس کبیرہ (serratus magnus) ماؤف ہوتا ہے۔

کتف کے کسور اور خاص کر اس ہڈی کے جسم کے کسور اس حصہ کی حرکت پر

اور ان دبیر عضلات کے موجود ہونے کی وجہ سے جو اسکے زیادہ پتلے حصوں کو پوشیدہ رکھتے ہیں اور انکی حفاظت کرتے ہیں کثیر الوقوع نہیں۔ مزید برآں یہ نرم عضلی گدی پر ممکن ہوتا ہے اور اس میں کچھ شبہ نہیں کہ پسلیوں کی لچک سے بھی اسکی مزید حفاظت ہوتی ہے۔

عام ترین ضرب اکرومی زائئڈہ (acromion process) کا کسر ہے۔ یہ اکثر صرف بربالہ کی طلعدنگی کی شکل ہی میں واقع ہوتا ہے۔ اکرومی کے دو اور بعض اوقات تین بربالی مرکز ہوتے ہیں۔ اور ان میں تغلم سن بلوغ کے قریب نمودار ہوتا ہے، اور بائیس سال سے لیکر پچیس سال تک کی عمر میں سارا بربالہ بقیہ ہڈی سے متحد ہو جاتا ہے۔ اکرومی کے مفروضہ کسر کے کئی ایسے واقعات جن میں اتحاد لیفی بافت سے عمل میں آ جاتا ہے غالباً ناقص طور پر متحدہ بربالہ کی مثالیں ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ چوٹ سے ان کا کوئی تعلق نہ ہو۔ سیمنگٹن (Symington) نے ۴۰ جسموں میں سے ۵ جسموں میں یہ مشاہدہ کیا کہ اکرومی بربالہ کتف کے شوک سے ایک لیفی واسطہ کے ذریعہ سے متحد تھا اور دیگر مشاہدین کے اعداد و شمار سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ پورے ۱۰ فیصدی بالغوں میں یہی حالت موجود ہوتی ہے۔ اس خطہ کے شعاعی ترسیمات کی ترجمانی کرنے میں یہ امر معتد بہ اہمیت رکھتا ہے اس زائئڈہ کے کسور میں زیادہ غیر وضعیت بہت کم پائی جاتی ہے کیونکہ اس ہڈی کے اوپر ایک کثیف پوشش موجود ہوتی ہے جو اس سے چسپیدہ عضلات سے حاصل ہوتی ہے۔ غرابی زائئڈہ (coracoid process) میں بعض اوقات حقیقی کسر پایا جاتا ہے اور بعض اوقات یہ ایک بربالہ کی طرح جدا ہو جاتا ہے۔ بربالہ کی حیثیت سے یہ اصلی ہڈی کے ساتھ تقریباً ۱۱ سال کی عمر میں متحد

ہوتا ہے۔ فوق وقبی درنہ (supraglenoid tubercle) جو ذوراسین (biceps) کے طویل سر کا مبدا ہوتا ہے غرابی بر بال کا ہی حصہ ہوتا ہے۔ باوجود اسکے کہ غرابی زائدہ تقویٰ عضلات چسپیدہ ہوتے ہیں، غیر وضعیت بالعموم خفیف سی ہوتی ہے کیونکہ غرابی تر قوی رباطات شاذ و نادر ہی پھٹتے ہیں۔ یہ معلوم رہے کہ رباطات اس زائدہ کے قاعدہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ چند واقعات میں یہ زائدہ عضلی فعل کی شدت سے ملحدہ ہو چکا ہے۔

جسم کتف کے جو کسور زیادہ عام ہیں انہیں سے ایک صغیفہ (blade) کا مستغرض یا ترچھا کسر ہے جو شوک کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ چونکہ تحت شوکی (infraspinatus) زیر کتفی (subscapularis) اور دیگر عضلات دونوں ٹکڑوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں اسلئے عام طور پر صرف خفیف سی غیر وضعیت ہی واقع ہوتی ہے۔ جراحی عنق (surgical neck) میں سے کسر واقع ہو سکتا ہے اور یہ اس ہڈی کا ایک تنگ حصہ ہے جو وقبی حفرہ کے پیچھے اور فوقی کتفی کٹاؤ (کتفی ثلمہ: incisura scapularis) کی سیدھ میں واقع ہوتا ہے۔ لہذا چھوٹا ٹکڑا غرابی زائدہ پر مشتمل ہو گا اور بڑا کرومی پر۔

کتف کے سلعات۔ مختلف قسم کے سلعات کتف سے پیدا ہوتے ہیں اور

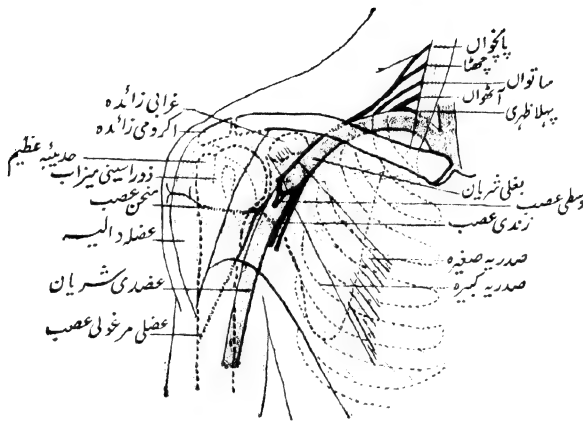
یہ زیادہ تر اس ہڈی کے اسفنجی حصوں یعنی شوک، عنق اور تحتانی زاویہ پر نمودار ہوتے ہیں۔ بعض اوقات صرف کتف کا اتصال کر دینا ہی کافی ہوتا ہے مگر یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ اس حالت میں وہ بڑا نصاب جس پر جارحہ اعلیٰ گردش کرتا ہے دور کر دیا جاتا ہے۔ لہذا ان حالتوں میں بین کتفی صدری (interscapulo-thoracic) بے سر انجام دینے کا زیادہ رواج ہے، جو بعض اوقات ان خبیث سلعات کے لئے کیا جاتا ہے جو کندھے کے جوڑ کے قرب و جوار پر اثر انداز ہوں۔

بغل (نیز دیکھو صفحہ 261)۔ جراحی نقطہ نگاہ سے بغل کو گردن اور جراحہ

کے درمیان کی گذر گاہ تصور کیا جاسکتا ہے (شکل ۶۳)۔ بغلی سلعات اور خراجات فشر ہو کر گردن میں جاسکتے ہیں اور اسی طرح عنقی بالیدیں اور قیچی اجتماعات بھی بغل تک پہنچ سکتے ہیں۔ جلد کے جس حصہ سے بغل کا قاعدہ بنتا ہے اس پر بہت سے چھوٹے چھوٹے بال

ہوتے ہیں اور اس میں کثیر التعداد دہنی اور عرقی غد پائے جاتے ہیں۔ اس جلد میں چھوٹے چھوٹے سطحی خراجات جو غدنی بافتوں کے تفتیح سے پیدا ہوتے ہیں اکثر مشاہدہ کرنے میں آتے ہیں اور یہ جلد کے کپڑوں سے رگڑ کھانے سے رونما ہوتے ہیں۔ چونکہ بغل کی جلد میں رگڑ کے اثر سے خراشیدہ اور ملہب ہو جانے کا رجحان موجود ہوتا ہے اسلئے سیما بی زبان کے استعمال کو بھی

276



شکل ۶۳۔ بغلی شریان اور عضل صغیرہ کا تعلق کندھے کے جوڑاؤں سے۔

غرض سے جیسا کہ آتشک میں کیا جاتا ہے اس مقام کا انتخاب اچھا نہیں۔ جلد اور اوپری ردا کے نیچے بغلی ردا (axillary fascia) ہوتی ہے اور اس غشا کے آگے بغلی فضا (axillary space) ہوتی ہے۔ جس انقبالی بافت سے بغلی فضا پر ہوتی ہے وہ بہت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے۔ اگرچہ یہ ڈھیلا پن بازولی آزاد حرکت کی سماعت کرتا ہے مگر ساتھ ہی اسکی وجہ سے بڑے بڑے تقبھی اجتماعات اور خون کی بہت وسیع و عاید ریاں بھی پیدا ہو جاتی ہیں۔

اس خط میں ردا کی ترتیب کا یاد رکھنا ضروری ہے۔ تین تہوں سے زیادہ تر سائبہ پڑتا ہے۔ (۱) عمیق صدری ردا جس سے عضلہ صدریہ کبیرہ پوشیدہ اور محصور ہوتا ہے۔ (۲) ترقوی صدری ردا جو ترقوہ سے منقسم ہوتی ہے اور زیر ترقوی عضلہ (subclavius) کو محصور کرتی ہے اور ضلعی خرابی (costo-coracoid) غشا کی شکل میں نیچے کی طرف چلی جاتی ہے اور زیر ترقوی عضلہ اور عضلہ صدریہ غیرہ کے درمیان کی فضا کو پُر کرتی ہے اور یہ بڑے بڑے عروق اور عصاب کے سامنے واقع ہوتی ہے۔ اس کے بعد یہ ردا تقسیم ہو کر عضلہ صدریہ غیرہ کو محصور کر لیتی ہے اور بغل کے مقدم شکن پر عمیق صدری تہ سے لمباتی ہے جس کے بغلی ردا بن جاتی ہے۔ یہ ساری غشا بعض اوقات ”بغل کے تعلیقی رباط“ (suspensory ligament of the axilla) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے، کیونکہ یہ بغلی ردا کو ترقوہ کی طرف اوپر کھینچتی ہے اور بغل کے گڑھے کی پیدائش کا موجب زیادہ تر یہی ہے۔ (۳) بغلی ردا جو قبل الذکر دونوں رداؤں کے متحد ہوجانے سے بنتی ہے اور بغل کے قاعدہ پر اس کے مقدم شکن سے لیکر موضعی شکن تک پھیلی ہوتی ہے۔ بغل کے بالوں کے نیچے یہ باریک ترین ہوتی ہے۔

بغلی خطہ کے قرب و جوار کا خراج عضلہ صدریہ کبیرہ کے نیچے اور

دونوں صدری عضلات کے درمیان یا عضلہ صدریہ غیرہ اور ترقوی صدری ردا کے نیچے اور اسلئے بغلی فضا میں بن سکتا ہے۔ بغلی فضا میں ڈھیلی ڈھالی بافت کے موجود ہونے کی وجہ سے عظیم بہت کہنہ خراج بن جاتا ہے۔ جب خراج سے بغل پُر ہو جاتی ہے تو یہ عضلہ صدریہ کبیرہ کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے اور بغل کے جوف کو کم و بیش بھر دیتا ہے اور کثف کو پیچھے کی طرف ہٹا دیتا ہے اور عضلہ فشاریہ کبیرہ (مقدم) اور زیر کثفی عضلہ کے درمیانی زاویہ کو چوڑا کر دیتا ہے۔ لہذا جن خراجات کا مدارک نہ کیا گیا ہو انہیں اوپر کی طرف پھیل کر گردن میں چلے جانے کا بہت رجحان پایا جاتا ہے۔ کیونکہ یہی وہ سمت ہے جس میں مزاحمت اقل ہوتی ہے۔ تقیبی اجتماع گردن سے منصف میں بھی جاسکتا ہے ایک واقعہ میں بغلی خراج نے جس کی ابتدا کندھے کے جوڑ کے مرض سے ہوئی تھی پہلی میں ضلعی فضا کو منقبض کر دیا تھا اور یہ ہلک ذات الجنب کا باعث ہوا تھا۔

بغلی خراج کھولنے اور درحقیقت اس فضا میں تمام شجاف دیتے وقت چاقو بغل کے فرش کے مرکز پر یعنی مقدم اور موضعی حاشیوں کے وسط میں اور اس فضا کی اندرونی یا صدری

طرف کے قریب داخل کرنا چاہئے بغیر سوچے سمجھے شکیاف دینے سے جن عروق کو نقصان پہنچنے کا امکان ہوتا ہے۔ زیر کتفی (subscapular) عروق ہیں جو زیر کتفی عضلہ کے زیرین کنارے کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور جانبی (طویل) صدری عروق ہیں جو چھوٹے صدری عضلہ کے زیرین کنارے کی متابعت کرتے ہیں اور نیز وہ بڑے بڑے عروق ہیں جو ذراعیہ کے قریب واقع ہوتے ہیں۔ اگر چاقو مناسب طریقہ پر داخل کیا جائے تو اسے قبل الذکر دونوں عروق کے درمیان اور بڑے بڑے تنوں سے کافی دور ہونا چاہئے۔ ایک شریان ہے جو بعض اوقات بغلی تنے کی سب سے نیچے کی شاخ کی شکل میں نکلتی ہے اور بغل کے وسطی حصہ کو عبور کرنے کے بعد طویل صدری شریان کے نیچے صدر پر منقسم ہو جاتی ہے۔ متذکرہ بالاشکاف سے یہ شریان غالباً زخمی ہو جائے گی۔ مگر یہ شریان بہت غیر مستقل اور چھوٹی سی ہوتی ہے اور سطح کے زیادہ نیچے نہیں ہوتی۔ یہ بالعموم عورتوں میں پائی جاتی ہے۔

بغل کے لمفی غدود۔ بغلی غدود کثیر التعداد ہوتے ہیں اور یہ جراحی

نقطہ نگاہ سے بہت اہم ہیں (دیکھو شکل ۵۸ صفحہ 243)۔ انکو چار گروہوں میں ترتیب دیا جاسکتا ہے (۱) انہیں سے بیشتر بغلی ورید کے اندر کی طرف بغل کے بالوں کے گچھے کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ غدود کا یہ مرکزی گروہ جارحہ اعلیٰ اور پستان سے لمف وصول کرتا ہے (احس whitlow) یا بازو کے کسی عفوئی التہاب سے بغل میں جو درد محسوس ہوتا ہے اسی گروہ کے التہاب سے پیدا ہوتا ہے جبکہ بین ضلعی ذراعیتی (intercosto-humeral) عصب قنقب کرتا ہے۔ (۲) عمیق بغلی گروہ بغلی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔ یہ مرکزی گروہ سے لمف وصول کرتا ہے اور زیرین عمیق خنقی غدود سے جو زیر تر قوی مثلث میں واقع ہوتے ہیں مسلسل ہو جاتا ہے۔ (۳) دوسرے غدود عضلہ منٹار کیہرہ (serratus magnus) کے اوپر بغل کی صدری طرف پر صدری عضلات کے زیرین کنارے کے ذرا نیچے واقع ہوتے ہیں۔ انہیں چھاتی کے سامنے کی طرف کے عروق لمف اور پستان کے بڑے بڑے عروق لمف اور حدناف تک کے شکم کے سطحی عروق لمف آکر ملتے ہیں۔ انکے برآر عروق زیادہ تر غدود کے مرکزی گروہ ہی میں جا کر داخل ہوتے ہیں۔ یہ غدود بعض عوارض پستان میں اور چھاتی اور شکم کے بالائی حصے پر آبلے پیدا ہونے یا دیگر سطحی التہاب وغیرہ کے واقع ہونے کے بعد سب سے پہلے کافی یافتہ ہوتے ہیں۔ عورت کے پستان کا بغلی زائدہ

اس گروہ سے سس کرتا ہے۔ (۴) بقیہ غد بد بغل کے پیچھے کی طرف زیر کتفی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ ان کے ساتھ کمر کے کتفی اور قطنی خصلوں کے عروق لف آکر ملتے ہیں۔

یہاں یہ معلوم کر لینا بھی مناسب ہو گا کہ عضلہ دالید (deltoid) اور عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے درمیانی میزاب میں عام طور پر ایک یا دو لغنی غد پائے جاتے ہیں انہیں انگشت اشاریہ اور بازو کی بیرونی طرف اور کندھے اور پستان کے کچھ حصہ کے عروق لف آکر ملتے ہیں۔ اگر انگشت اشاریہ کا کوئی سرانقی عارضہ التهاب عروق لف (lymphangitis) پیدا کر دے تو اسکی پہلی غذی مزاحمت اکثر اس ایک غد پر ہوتی ہے جو زیر تر قوی خط میں غرابی زائدہ کے پاس واقع ہوتا ہے۔ عضلہ دالید (deltoid) کے اوپر کے حصہ کے اوپری عروق لف عمقی غد کو جاتے ہیں (ٹالو: Tallaux)۔ اور نیچے کے نصف پر کے بغل کو جاتے ہیں۔ فوق شوکی حفہ سے جو عروق لف آتے ہیں وہ فوق کتفی (مستعرض کتفی) شریان کے ساتھ ساتھ جا کر زیر ترین منفی غد سے مل جاتے ہیں۔ کمر کے سطحی عروق لف جو مستند ہو کر بغل میں پہنچتے ہیں گردن سے عضلہ منحرفہ (trapezius) کے اوپر سے اور تمام ٹھری اور قطنی خصلوں سے حرقنی عوف (iliac crest) تک سے آتے ہیں۔

بغلی غد کا مکمل زالہ ایک ایسا عملیہ ہے جو اکثر اوقات اور خاص کر سرطان پستان کے واقعات میں سرا انجام دیا جاتا ہے۔ ان تک دونوں صدری عضلات دور کرنے سے آزادانہ رسائی حاصل کی جاتی ہے۔ پستان کے سرطان میں بالائی بغلی غد اور خاص کر وہ غد جو بغلی ورید کے ساتھ ضلعی غرابی (costo-coracoid) غشا کے پیچھے واقع ہوتے ہیں اس وقت تک مناسب طور پر دور نہیں کئے جاسکتے جب تک کہ عضلہ صدر میغیرہ اور عضلہ صدر کبیرہ بھی ساتھ ہی علیحدہ نہ کر دیے جائیں۔ ان غد کے محل وقوع سے سمجھ میں آ گیا ہو گا کہ جب یہ مرض زدہ ہو جاتے ہیں تو بغلی عروق سے اور خاص کر ورید سے ان کے منضم ہو جانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

بغلی عروق۔ بغلی ورید باسیلق (basilic) اور عضدی شریان کی دونوں

رفیق وریدوں کے متحد ہونے سے بنتی ہے۔ یہ اتحاد عام طور پر عضلہ صدر میغیرہ کے برین کنارہ پر واقع ہوتا ہے اور اسلئے یہ ورید شریان کی نسبت چھوٹی ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ ورید واحد کی شکل میں موجود نہیں ہوتی بلکہ ترقوہ کے سین نیچے جا کر ایک سنا بن جاتا ہے۔ جب یہ حالت موجود ہو تو

یہ شریان کے عملیات کے لئے بہت غیر مساعد ہوتی ہے کیونکہ شریان کی دونوں طرف جو وریدیں واقع ہوتی ہیں انکو آپس میں ملائے کے لئے بہت سی سنعرض شنائیں شریان کو عبور کرتی ہیں چونکہ بغلی ورید مقابلہ قلب کے نزدیک واقع ہوتی ہے اسلئے جہاں تک اسکے اندر کے خون کا تعلق ہے یہ شہیتی حرکت سے باسانی متاثر ہو جاتی ہے۔ چنانچہ یہ ممکن ہے کہ اس عرق یا اسکے بڑے بڑے معاونوں کے کسی زخم میں سے ہوا اندر کھینچ جائے اور موت واقع ہو جائے۔ اصلی ورید میں ہوا کے داخلہ کو غالباً اس امر سے مدد ملتی ہے کہ غرابی غشا (ترقی صدری ردا کا بالائی حصہ) اس عرق سے منضم ہوتا ہے اور اسلئے اسکا رجحان ورید کے زخمی ہونے کی حالت میں اس کو منفتح رکھنے کی طرف ہوتا ہے۔

شریان کی نسبت ورید زیادہ کثرت سے زخمی ہوتی ہے۔ کیونکہ یہ زیادہ بڑی اور زیادہ اوپری ہوتی ہے اور نیز اس طرح واقع ہوتی ہے کہ شریانی تنے پر یہ کم و بیش متراب ہوتی ہے بخلاف اسکے جو کہ ذریعہ سے جو ضرر عرق کو پہنچتا ہے جیسا کہ خلوع کی توجیح میں ہوتا ہے اس سے ورید کی نسبت شریان کو زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے۔ بالائی جارحہ کی تمام وضعوں میں شریان بغلی فضا کے بیرونی زاویہ کی طرف ہی رہتی ہے۔ مگر ورید کا جو تعلق بغلی شریان کے پہلے حصہ یعنی اس حصہ سے ہوتا ہے جو عضلہ صدریہ غیرہ سے اوپر واقع ہوتا ہے اس میں جارحہ کی وضع سے تغیر واقع ہو جاتا ہے۔ چنانچہ جب بازو پہلو پر لگتا ہے تو ورید شریان کی اندرونی وسطانی جانب پر ذرا آگے کی طرف کو ہوتی ہے۔ مگر جب جارحہ دھڑ سے زاویہ قائمہ پر ہوتا ہے تو ورید کھینچ کر شریان کے آگے آ جاتی ہے کہ اسکو تقریباً پویشیدہ کر دیتی ہے۔

بغلی شریان کے پہلے حصہ پر بندش لگانے کے متعلق یہ معلوم کر لینا مناسب ہے کہ عضلہ صدریہ کیرو کے عضلی ریشہ جات کے دونوں مستویوں کے درمیان بعض اوقات ایک غلوی نغہ موجود ہوتا ہے (Heath)۔ اگر عضلہ صدریہ غیرہ کا مبدا دوسری پسلی سے ہو تو شریان کو کم و بیش مکمل طور پر پویشیدہ کر دیتا ہے اور اسکے کاٹنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ عضدیہ ضغیرہ کی جو جملہ اس شریان سے نزدیک ترین ہوتی ہے اسے بھی غلطی سے بعض اوقات شریان تصور کر لیا جاتا ہے اور یہ اس بندش میں بھی جو شریان کے لئے مقصود ہوتی ہے آسانی سے آ جاتی ہے۔ اس عملیہ میں بغلی عروق تک قیفالی ورید (cephalic vein) کے تعاقب سے باسانی رہنمائی ہو جاتی ہے۔ جو نہی یہ شریان عضلہ صدریہ کیرو کی طرف کو جاتی ہے مقدم داخلی صدری (anterior

(internal thoracic) عصب ورید اور شریان کے درمیان ظاہر ہو جاتا ہے اور گاہے گاہے یہ بھی بطور رہنما کے کام دے سکتا ہے۔

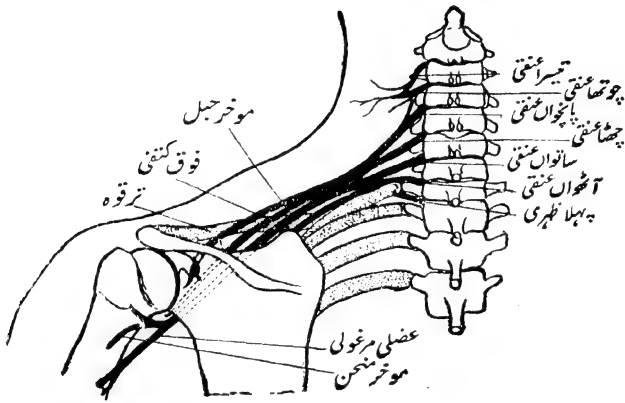
اس شریان کے تیسرے حصہ پر بندش لگاتے وقت یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض اوقات ایک عضلی دھجی عروق کو ترچھے رخ میں عبور کرتی ہے۔ یہ عضلہ عرضیہ ظہریہ (latissimus dorsi) سے نکل کر عضلہ صدر کیہ غرابی عضلہ (coraco-brachialis) یا ذوراسین عضلہ سے مل جاتی ہے۔ اس دھجی سے دوران عملیہ میں کچھ اختلال پیدا ہو جاتا ہے اور یہ غلطی سے بعض وقت غرابی عضلہ تصور کر لی جاتی ہے۔

عضدی ضغیرہ (brachial plexus) جب کندھا منحنف ہو تو عضدی ضغیرہ

بے بالائی اور وسطی دونوں تنے جو پانچویں چھٹے اور ساتویں عقی اعصاب سے بنتے ہیں بغل میں ترقوہ کے نفاذ وسطی کے ذرا باہر کی طرف داخل ہونے کے لئے قصبی حلی عضلہ (sterno-mastoid) کے موخر کنارے کے نیچے سے گزرتے ہوئے گردن میں واضح طور پر محسوس کئے جاسکتے ہیں (شکل ۶۲)۔ یہ عصبی تنے پہلی پسلی کی اوپر کی سطح کی طرف جاتے ہیں جہاں یہ زیر ترقوی (subclavian) شریان کی اوپر کی اور ظہری طرف پر واقع ہوتے ہیں اور اس راستہ میں یہ ڈبیلی ڈھالی تقالی بافت سے گھرے ہوتے ہیں جو کندھے کے ارتفاع اور انحناف کے ساتھ ساتھ ضغیرہ کو بھی آزاد حرکت کرنیکی اجازت دیتی ہے۔ فوق ترقوی خط کے اس حصہ پر جہاں شریان کے نبضات کے اوپر کی اور پیچھے کی طرف عصبی تنے محسوس کئے جاسکتے ہیں (خاص کر جبکہ مریض بیٹھا ہو اور اسکا کندھا منحنف ہو) ضغیرہ میں بازو کی عدم حیثیت پیدا کرنے کے لئے اثرا بات کئے جاتے ہیں۔

بالائی اتنا جو پانچویں اور چھٹے اعصاب سے بنتا ہے چوٹ کے لئے دوسروں کی نسبت کہیں زیادہ معرا ہوتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ اسکا مبدا وسطی اور زیرین تنوں کے مقابلہ میں گردن میں زیادہ اونچا ہوتا ہے۔ لہذا اگر گردن زور سے بائیں طرف کو جھکا کر جائے جیسا کہ دائیں کندھے پر بوجھ اٹھانے کی حالت میں ہوتا ہے تو دائیں جانب کے بالائی تنے پر وسطی اور زیرین اجبال کی نسبت زیادہ بار پڑتا ہے (شکل ۶۳)۔ بوقت پیدائش کتنی طریق (presentation) کی حالتوں میں یا جب کبھی کندھا اور گردن کسی حادثہ کی وجہ سے زور کے ساتھ ایک دوسرے سے الگ ہونے لگتا تو بالائی جصل پر بار پڑنے یا اسکے منقش ہو جانے کا امکان ہوتا ہے جس سے ایک عارضہ پیدا ہو جاتا ہے

جو عام طور پر شلل آرب (Erb's palsy) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے۔ یہ یاد ہوگا کہ فوق کتفی (suprascapular) ہنجن (circumflex) (بغلی: axillary) اور عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اعصاب اس تنے سے نکلتے ہیں۔ نیز معین نما عضلات (rhomboids) اور عضلہ فشریہ کبیرہ (serratus magnus) کے اعصاب بھی اسی سے



شکل ۶۴۔ عضدی ضفیرہ کے بالائی اور وسطی تنے یہ ظاہر کرنے کے لئے پیچھے سے دکھائے گئے ہیں کہ کندھے کا انخفاض یا سر کی جانبی تبعید معصی احوال کو کس طرح تنیدہ کر سکتی ہے اور انکو نقصان پہنچا سکتی ہے۔
(پوائیر: Poirier کے مطابق)

نکلتے ہیں۔ بہر کیف اشتقاق بالعموم ان موخر الذکر اعصاب کے مبدا کی بعیدی جانب پر واقع ہوتا ہے لہذا یہ عضلات کچ جاتے ہیں۔ شلل آرب (Erb's palsy) میں جو عضلات ماؤف ہوتے ہیں وہ فوق شوکی عضلہ (supraspinatus)، تحت شوکی عضلہ (infraspinatus)، عضلہ صغیرہ (teres minor)، عضلہ دالیہ (deltoid)، غرابی عضلہ (coraco-brachialis) عضلہ ذوراسین (diceps)، عضلہ صغیرہ (brachialis) اور عضلہ فشریہ کبیرہ (brachio-radialis)

ہیں اور گاہے گاہے عضل باطو (supinator) (قصیرہ: brevis) عضل باسط رمنغیہ کعبیہ طویلہ (extensor carpi radialis longior) اور عضل کابہ (کعبیہ) مدلمجب (pronator radii teres) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں حسی شلل دیکھتے ہیں نہیں آتا۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ پانچویں عنقی عصب کو کاٹنے سے عضلی شلل کا جو رقبہ نمودار ہوتا ہے وہ اتنا ہی وسیع ہوتا ہے جتنا کہ پانچویں اور چھٹے متعده اعصاب کو کاٹنے سے حاصل ہوتا ہے (ولفرڈ ہیرس: Wilfred Harris)۔ عضدی ضغیرہ کے مکمل طور پر منشق ہو جانے کی حالت میں حس کہنی سے آگے پوری طرح غائب ہو جاتی ہے۔ مگر بازو اور کندھے میں عمیق حاسیت برقرار رہتی ہے (شرین: Sherren)۔ ایسے ضررات پیدا ہونے کی صورت میں نازل عنقی (descending cervical) اور بن ضلعی ذراعیتی (intercosto-humeral) اعصاب سے حاصل شدہ اعصاب بازو میں اپنے محل پر قائم رہتے ہیں۔

بغلی اعصاب۔ زخم سے کسی ایک عصب کو بھی نقصان پہنچ سکتا ہے۔ مگر

وسلمی (median) کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے! (عضلی مرغولی: musculo-spiral) کو سب سے کم۔ موعوالذکر عصب کی تقابلی مامونیت کی توجیہ انکے عینی محل اور اسکے جارحہ کی اندرونی اور موعوجہ جانب پر واقع اور اسکے عظیم الجسامت ہونے سے ہوتی ہے۔ جارحہ پر ایسے جرح کا عمل ہونے سے جو کم و بیش مکمل قلع سے کسی قدر کم ہو اعصاب شاذ و نادر ہی ٹوٹتے ہیں۔ اور اگر یہ زور سے کچل جائیں تو بغل میں ٹوٹنے کی نسبت انکے جبل شوکی سے جہاں یہ اس سے چسپیدہ ہوتے ہیں علحدہ ہو جانے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ چنانچہ فلوبرٹ (Flaubert) نے ایک واقعہ درج کیا ہے جس میں اخیر کے چار عنقی اعصاب مخلوع کندھے کی تریج کے لئے شدید کوشش کرتے وقت جبل سے علحدہ ہو گئے تھے۔

خطہ والیہ۔ یہ خطہ جو کندھے کی چوٹی پر مشتمل ہے ہر طرف سے عضل والیہ

سے محدود ہوتا ہے۔ عضل والیہ (deltoid) عضل کے اوپر کے سرے اور کندھے کے جوڑ کو ڈھکے ہوتا ہے (شکل ۶۵)۔ لہذا اس جوڑ اور سطح کے درمیان صرف جلد، سطحی ردا، عضل والیہ جو اپنے غلاف میں ہوتا ہے اور کچھ ڈھیلی ڈھالی اتھالی با (زیر والیتی بافت: subdeltoid tissue)

بھی ہوتی ہے جس میں عظیم زیر دالیتی (subdeltoid) (زیر اکرومی: subacromial) درجہ یک موجود ہوتی ہے۔ زیر دالیتی بافت بعض اوقات ایک واضح و بیز غشا کی صورت اختیار کر لیتی ہے اور اس جوڑے سے جو تھنجی اجتماعات آگے بڑھتے ہیں انکو محدود المقام رکھنے کے لئے یہ بعض اوقات ایک اہم اثر رکھتی ہے۔ عضلہ دالید کے اوپر کی شحمی بافت شحمی سغات کے پیدا ہونے کے لئے

284



شکل ۶۵۔ کندھے کے جوڑ کی تراش جو کیسہ اور برابالی خط اور درجہ یک کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔ (پولٹیر: Poirier کے مطابق)

ایک موافق مقام ہے۔

بغلی (axillary) (منحن: circumflex) عصب اور مؤخر منحن (posterior circumflex) شریان دونوں عضلات مدلیو (teres muscles) کے درمیانی وقفہ سے نکلے ہیں اور یہ ذراعید کی پوری کے گرد ہڈی کے بالکل نزدیک سے اور جراحی عنق کے خط کے قریب سے افقی رخ میں گھوم جاتے ہیں (شکل ۶۳ صفحہ 276 اور شکل ۶۵ صفحہ 284)۔ یہ عصب اس ترتیب کی ایک مثال ہے جسکی طرف ہٹن (Hilton) نے اشارہ کیا ہے اور وہ یہ ہے کہ جوڑ کا اصلی

عصب نہ صرف مفصلی سطوح کو ہی رسد پہنچاتا ہے بلکہ مفصل کے عضلات فخر کہ میں سے بڑے عضلات کو اور نیز انکے اوپر کی جلد کو بھی رسد پہنچاتا ہے۔ یہ عصب کندھے کے جوڑ عضلہ دالیا اور عضلہ مدلمجیوہ (teres minor) کو اور کندھے کے پیرین دو تہائی حصہ اور عضلہ مثلثۃ الزو (triceps) کے بالائی حصہ کے اوپر کی جلد کو رسد پہنچاتا ہے۔ کندھے کے ضربات میں اس کو اکثر نقصان پہنچتا ہے اور بعض اوقات یہ اس حصہ کی کسی سادہ سی کو فتنگی سے بہت بری طرح سے کھلا جاتا ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلہ دالیا میں شلل واقع ہو جاتا ہے۔ مگر کندھے کی کو فتنگیوں کے بعد منحن (circumflex) کو جس کثرت سے کہ پہلے خیال کیا جاتا تھا اسکی نسبت بہت کم نقصان پہنچتا ہے۔ یہ عصب ذراعیہ کی جراحی عقیق کے کسورا اور اس ہڈی کے خلوع (خاصکر عقیق خلع) میں اور ان خلوع کی ترجیع کے لئے شدید کوشش کرنے کے دوران میں پھٹ جاتا ہے (شکل ۶۳ اور ۶۴)۔

285

کندھے کا جوڑ۔ جراحی کے ایک نقطہ نگاہ سے جوڑ مندرجہ ذیل قسموں میں

تقسیم کئے جاسکتے ہیں۔ (۱) وہ جوڑ جنکی طاقت کا انحصار زیادہ تر رباطات پر ہوتا ہے۔ (۲) وہ جوڑ جو میکینک کے لحاظ سے پائدار ہوتے ہیں اور جنکی مضبوطی زیادہ تر انکی ان ہڈیوں کی ترتیب سے پیدا ہوتی ہے جن سے یہ بنتے ہیں اور (۳) وہ جوڑ جنکے سہارے کا دار و مدار زیادہ تر انکے عضلات پر ہے۔ پہلی قسم کی مثال کے طور پر قصبی تر قوی جوڑ پیش کیا جاسکتا ہے۔ اور دوسری قسم کی مثال کے طور پر کہنی کا جوڑ اور تیسری قسم کی مثال کے طور پر کندھے کا جوڑ پیش کیا جاسکتا ہے۔ ایسے مفصل میں خلع واقع ہونے کا امکان سب سے کم ہوتا ہے جسکی مضبوطی کا دار و مدار کڑے اور مضبوط رباطات پر ہو۔ مگر جس جوڑ میں خلع سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے وہ تیسری قسم سے ہوتا ہے۔ کیونکہ اسکی مضبوطی کا انحصار زیادہ تر عضلات پر ہوتا ہے جن پر اچانک بار پڑ سکتا ہے اور جنکا بے ترتیب فعل خود جوڑ کی کمزوری کا باعث ہو سکتا ہے۔ خلع کی تسیب بلاشبہ صرف انہی امور پر ختم نہیں ہوتی۔ وقوع خلع کا بہت کچھ انحصار حرکت کی اس مقدار پر جو کسی مفروضہ جوڑ میں ہو سکتی ہے اور نیز برصیت کے اس درجہ پر ہوتا ہے جو اسکے حصوں پر اثر انداز ہو سکتا ہے۔

غرابی اور اگر عمومی زائندوں اور انکے درمیانی رباطات سے جو محراب بنتی ہے وہ ذراعیہ کے سر کا لازمی سہارا ہے اور اس مفصل کا ایک اہم حصہ ہے۔ اس محراب کے ساتھ

ذراعیہ کا سر قریبی تعلق رکھتا ہے مگر اس سے حقیقی طور پر پس نہیں کرتا (شکل ۶۵)؛ لیکن عضلہ دالبیہ کے شلل میں ذراعیہ کا سر بعض اوقات غرابی زائده سے کچھ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ یہ معلوم کر لینا مناسب ہوگا کہ جب بازو پہلو کے ساتھ لٹکا ہوتا ہے تو اس ہڈی کے سر کا تقریباً دو تہائی حصہ وقبی کہنہ (glenoid cavity) سے پس نہیں کرتا۔ ورائنگر (Anger) اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ اس وضع میں ذراعیہ کے سر کے محیط کا تین چوتھا فی حصہ اس انتصابی خط کے آگے واقع ہوتا ہے جو اکرومی زائده کے مقدم کنارہ سے کھینچا جائے۔ نیز اس وضع میں سر بنامہ غرابی زائده کے باہر کی طرف ہوتا ہے۔

286

وقبی کہنہ کا حاشیہ بیرونی جانب کی نسبت اندر کی طرف زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اور حاشیہ کا مضبوط ترین اور حفہ کا عریض ترین حصہ نیچے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ ایک معنی خیز امر ہے، کیونکہ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مفصل کے اس حصہ یعنی کیسہ کے پیرین اور اندر کی طرف کے حصہ کو جو مزاولت جراحی میں کمزور ترین ثابت ہوتا ہے مضبوط بنانے کی کوشش کی گئی ہے۔ اسی مقام پر ذراعیہ کا سر کندھے کے خلع میں جوڑے ملحدہ ہوتا ہے۔

کندھے کے جوڑ کا کیسہ بہت ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے اور جتنا بڑا ذراعیہ کا سر ہوتا ہے اس سے دو گنی جماعت کے عظمیٰ سر کی اسپین گنجائش ہو سکتی ہے۔ کیسہ کا کوئی حصہ بھی دوسرے حصوں کے مقابل میں ہمیشہ دبیز نہیں پایا جاتا جیسا کہ کولھے کے جوڑ میں ہوتا ہے۔

کندھے کے جوڑ کے گرد نواح میں جو درجکیں ہیں ان میں سے زیر اکرومی

(subacromial) درجک میں مرض سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اس تاجہ کا زلابی اتساع غلطی سے جوڑ کا مزمن التهاب تصور کر لیا جاتا ہے (شکل ۶۵)۔ تجربہ سے یہ ثابت ہوا ہے کہ اس درجک کی دیواریں بازو کے مروڑے جانے کی حالت میں خاصکر جبکہ یہ خیم کردہ یا بسط کردہ ہو واقعی پھٹ جاتی ہیں۔ جب یہ تاجہ متمدد ہو جاتا ہے تو تبعد سے درد کا احساس سب سے زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ اس وضع میں درجک کی دیواروں میں طبعی طور پر شکن پڑ جاتے ہیں جن سے حدیبہ عظیم کے سامنے ایک قسم کا کالرسا بن جاتا ہے۔ یہ تاجہ بعض اوقات جوڑے سے راہ و ربط رکھتا ہے۔

زیر کتفی درجک اس جوڑ کی غشائے زلابی کی ایک توسیع ہی تصور کیا جاسکتی ہے جو

اس عضلہ کے انتہائی سرے اور کتف کے درمیان تک پہنچی ہوتی ہے۔

بازو کو کندھے کے جوڑ پر گردش دینے پر اگر درد ظاہر ہو تو یہ اس جوڑ کے با زیر اکرومی درجک یا زیر کتفی درجک کے درد سے پیدا ہوتا ہے کیونکہ اس حالت میں ان تینوں میں حرکت واقع ہوتی ہے۔

ذورا سین کا طویل وتر جوڑ کے بالائی حصہ کو مضبوط بناتا ہے، اور
 جارحہ کی مختلف وضعوں میں ذراعیہ کو وقتی کہنے سے لائے رکھتا ہے، اور اس ہڈی کے سر کو اوپر کی طرف اکرومی کے نیچے اسکے بہت قریب کھینچ آنے سے روکتا ہے۔ یہ وتر بعض اوقات فشق ہو جاتا ہے، اور اس حالت میں جارحہ کے عمومی ضعف کے اور ایک عجیب قسم کے مریض جو اس عضلہ کے پیٹے کے انقباض سے بنتا ہے پیدا ہو جانے کے علاوہ ذراعیہ کا سر عموماً اوپر اور آگے کی طرف کو بہا تک کھینچ آتا ہے کہ غرابی اکرومی محراب اسکو مزاحم آتی ہے۔ چنانچہ بعض اوقات ایک خفیف سا کاذب خلع پیدا ہو جاتا ہے۔ جارحہ کے بعض شدید جھٹکوں میں جیسے کہ کبھی کبھی کرکٹ کا گیند پھینکتے وقت آجاتے ہیں یہ وتر بعض اوقات رباط مستعرض کو جس سے یہ مربوط ہوتا ہے پھاڑ دیتا ہے اور اپنے میزاب سے پھسل کر باہر کی یا اندر کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور عام طور پر یہ اندر کی طرف کو ہی ہٹتا ہے۔ بعض اوقات مزمن عظمیٰ التهاب مناسب مفصل (osteo-arthritis) کے واقعات میں وتر کا دروں کیسی حصہ ذراعیہ کی نواشیدہ مفصل سطح سے رگڑ کھانے کی وجہ سے فائب ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں یہ ذورا سین (bicipital) میزاب سے چسپیدہ ہو جاتا ہے۔

کندھے کے جوڑ کا مرض۔ اس مفصل میں جملہ اقسام کے امراض مفصل

کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ جیسا کہ ابھی بیان کیا گیا ہے، اس جوڑ کا کیسہ بہت ڈھیلہ ہوتا ہے اور مفصلی سطحیں صرف ارد گرد کے عضلات کی کش کی وجہ ہی سے متقابل رہتی ہیں۔ کلوہ فارم دینے کے بعد یہ سطحیں باسانی ملحدہ کیجا سکتی ہیں اور انکا امتحان کیا جا سکتا ہے۔ بہر کیف مرض مفصل میں انصباب کی وجہ سے دونوں ہڈیوں میں معتدبہ علحدگ واقع ہو جاتی جو۔ براون (Braune) نے فوق شوکی جغزوہ میں سے وقتی کہنے کو مشتق کیا، اور اس میں معتدبہ دباؤ کے ساتھ چربی کا شراب کر دیا۔ جب جوڑ مکمل طور پر متہدد ہو گیا تو ذراعیہ کتف سے اپانچ سے زائد فاصلہ پر پائی گئی۔ اس امر سے

جارجہ کی اس طوالت کی توجیہ ہوتی ہے جو اکثر اوقات اس حصہ کے ایسے مفصلی مرض میں دیکھنے میں آتی ہے جس میں بہت سا انصباب موجود ہو۔ جب کیسہ کا تمدد انتہا کو پہنچ گیا تو ذرا عیب میں ذرا سبب واقع ہو گیا اور یہ اندر کی طرف کو گھوم گئی۔ لہذا یہ ایک معنی خیز امر ہے کہ کندھے کے جوڑ کے مرض میں بازو عام طور پر پہلو کے قریب پایا جاتا ہے اور کہنی کی قدر پیچھے کی طرف کو مٹی ہوتی ہے (بسط کردگی) اور جارجہ اندر کی طرف کو گھوما ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ وضع اس جوڑ کے ارد گرد کے عضلات کے استوار انقباض سے بھی پیدا ہو جاتی ہو۔ جب اس قسم کے انقباضات

288

موجود ہوں تو ان سے یہ نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ طاقتور عضل عریضہ فلٹیر (latissimus dorsi) کو اپنے مخالف عضلات پر فوقیت حاصل ہے اور یہ بازو کی اندر کی طرف کی گردش اور اس کے پیچھے کی طرف نکل جانے کا ذمہ دار ہو سکتا ہے۔ بر بالی خط کا اندرونی حصہ کیسہ کے عین اندر ہوتا ہے اور اسکے بیرونی مقدم اور موخر حصے بالکل زیر گرد عظمیٰ ہوتے ہیں۔ لہذا ایسا ہو جاتا ہے کہ تقیعی التهاب بر بالہ (suppurative epiphysitis) میں پیپ جوڑ کے اندر چلی جاتی ہے۔

زلابی غشائیں سے دو عطفات نکلے ہوتے ہیں۔ (۱) ایک وہ جو ذوراسینی میزاب (بین

دنی تجویف) میں وتر کے ساتھ کچھ فاصلہ تک نیچے کی طرف جاتا ہے۔ (۲) ایک تہ انبان ہے

جو زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے نیچے زلابی کہنہ اور اس عضلہ کے نیچے کے درجہ کے

درمیانی ربط سے بنتی ہے۔ جب یہ جوڑ انصباب سے پُر ہو جاتا ہے تو کیسہ یکساں طور پر متمد

ہو جاتا ہے اور کندھا یکساں طور پر گول ہو جاتا ہے اور عطفات کے مقامات پر خاص مرمیات

بنجاتے ہیں۔ چنانچہ التهاب زلابی (synovitis) کے ابتدائی درجہ میں عضلہ مدد ریکبر

(pectoralis major) اور عضلہ دالید (deltoid) کے درمیانی میزاب میں اکثر ایک ورم

نمودار ہو جاتا ہے اور یہ ورم بعض اوقات ذوراسین کے مضبوط وتر سے منقسم ہونے کی وجہ سے

دو لختی معلوم ہوتا ہے۔ زیر کتفی (subscapular) عضلہ سے پرے بغل میں کیسہ کے غیر پوشیدہ

حصہ کا امتحان کرنے سے تھوچ بہترین طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ جب یہ جوڑ متعجب ہو جاتا ہے

تو پیپ مذکورہ بالا تہ انبانوں میں سے کسی ایک میں چلی جاتی ہے اور یہ اکثر اس تہ انبان میں جاتی

ہے جو ذوراسین کے وتر کے ساتھ جاتی ہے۔ چنانچہ اس طرح پیپ ذوراسینی میزاب کے ساتھ ساتھ

کچھ فاصلہ تک چلی جاتی ہے اور کندھے کے تدرن زدہ ہونے کی حالت میں جوف کا فتحہ اکثر

بازو کے بالائی حصہ کی اندرونی جانب کے نصف پر پایا جاتا ہے۔ ایک مندرجہ واقعہ میں پیپ

جو کندھے کے جوڑ سے نکلی تھی عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبری: radial) عصب کے
مر کے ساتھ جا کر کہنی کے باہر کی جانب باہر نکلی تھی۔

خلوع - اس جوڑ کے خلوع جسم کے کسی دوسرے جوڑ کی نسبت زیادہ کثیر الوقوع

ہیں۔ اس امر کی توجیہ وقتی حفرو کے اٹھنے پر ذرا عیہ کے سر کے عظیم الجسم اور گلوب نما
ہونے، بازو کی وسیع حرکتوں اور اس سے حاصل شدہ طویل ہر میت سئے اور اس مفصل کی قوت
کے زیادہ تر عضلات پر منحصر ہونے سے ہوتی ہے۔ جارحہ اعلیٰ اور کندھے پر چوٹ لگنے کا امکان
خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔

289

عضلہ کا جو خلوع کندھے کے جوڑ پر واقع ہوتا ہے اسکے مندرجہ ذیل اقسام ہیں :-
۱۔ زیر وقبی (subglenoid) - نیچے کی اور کیتھراگے کی طرف کو۔ نادر الوقوع
تمام اقسام میں ابتدائی خلع یہی ہوتا ہے مگر ذراعیہ کا سر پھسل کر بالعموم زیر غسرابی وضع میں
چلا جاتا ہے۔

- ۲۔ زیر غرابی (subcoracoid) - آگے کی اور ذرا نیچے کی طرف - عام قسم۔
- ۳۔ زیر ترقوی (subclavicular) - زیر غرابی خلع کی بہت ترقی یافتہ حالت ہے۔
- ۴۔ زیر شوکی (subspinous) - نادر الوقوع۔

گاہے گاہے خلع انتصابی (luxatio erecta) بھی جو زیر وقبی قسم کی ایک نوع
ہے دیکھنے میں آتا ہے۔ اس میں بازو انتصابی حالت میں بغیر حرکت پذیری کے مثبت ہوتا ہے۔
تمام مکمل خلوع میں ذراعیہ کا سر مفصلی کھنڈ کو چھوڑ کر کیسہ کے انشقاق میں سے نکل جاتا ہے
جو خلوع کا ذب، کہلاتے ہیں انہیں کیسہ فشق نہیں ہوتا۔ مثال کے طور پر اگر نعش میں عضلہ دالیہ
(deltoid) کو کاٹ دیا جائے تو ذراعیہ کا سر کیسہ کے فشق ہونے کے بغیر ہی غرابی زائدہ کے نیچے
لایا جاسکتا ہے۔ زندگی میں بھی اس عضلہ کے شلل کی حالتوں میں یہی حالت پیدا ہو سکتی ہے۔

اس جوڑ کے خلع کی تمام حالتوں میں ابتدائی غیر وضعیت ہمیشہ نیچے کی طرف کو
ہوتی ہے اور عضلہ کا سر بغل کے اندر زیر وقبی وضع میں آ جاتا ہے۔ کندھے کے خلوع بالعموم جارحہ
اسکی تبصیدی حالت میں چوٹ آنے سے پیدا ہوتے ہیں اور یا یہ ایسی شدید بلا واسطہ چوٹ ہو واقع
ہوتے ہیں جو ذراعیہ کو نیچے کی طرف کو دھکیل دے۔ اسلئے جب جارحہ حالت تبعد میں ہوتا ہے تو

ذراعیہ کا سروقبی حفرہ کے نیچے نکلا ہوتا ہے اور کیبہ کے تحتانی اور نہایت غیر محفوظ حصہ پر متنگن ہوتا ہے اور امپر دباؤ ڈالتا ہے۔ چونکہ کیبہ کے اس حصہ کے ریشے اس وضع میں زور سے تنے ہوتے ہیں اسلئے اس رباط کو منقش کرنے اور اس ہڈی کو بغل میں دھکیل دینے کے لئے غیر معمولی طاقت کے بروئے کار آنے کی ضرورت نہیں ہوتی۔

چنانچہ ایسا ہوتا ہے کہ اس جوڑ کے خلوع میں کیبہ کا انشعاق اسکی تحتانی اور اندرونی جانب پر واقع ہوتا ہے اور ذراعیہ کا سر زیر کتفی عضل (subscapularis) کے نیچے آجاتا ہے جس پر ہمیشہ 290 بار پڑ جاتا ہے اور بعض اوقات اس میں دریدگی بھی واقع ہو جاتی ہے۔ ذراعیہ کا سرجب اس طرح نیچے کی طرف کو دب کر بغل میں پہنچ جاتا ہے تو بعض وجوہ کی بنا پر بعض اوقات وہیں قائم بھی رہتا ہے (زیر وقبی قسم: subglenoid form)۔ اور اکثر ایسا ہوتا ہے کہ لی قنور عضلہ صدر کی کبیرہ دوسرے عضلات کے ساتھ جکے فعل میں اب کم مزاحمت درپیش ہوتی ہے اور جارحہ کا وزن جس کے لئے اب سہارا نہیں ہوتا ہڈی کے سرے کو آگے کی اور اندر کی طرف کو کھینچتے ہیں۔ (زیر غرابی قسم: subcoracoid form) اور اخیر میں اگر ضرب کا رخ نمایاں طور پر سامنے کی طرف سے ہو تو اس ہڈی کا سر پیچھے کی طرف کو اکرومی یا شوکی زائڈوں کے نیچے گھس جاتا ہے (زیر شوکی قسم: subspinous form)۔ زیر غرابی قسم کی انتہائی کثرت وقوع کی وجہ ان امور سے ہوتی ہے کہ جو عضلات ہڈی کو آگے کی طرف کو کھینچتے ہیں انکو ہڈی کو پیچھے کی طرف کو کھینچنے والے عضلات کی نسبت اپنے فعل کی سرانجام دہی میں زیادہ سہولت حاصل ہوتی ہے، اور نیز سر کو آگے کی طرف کو جانے میں ان شدید رکاوٹوں کے مقابلہ میں جو اسکو پیچھے کی طرف سرک کر کتفی شوک کے نیچے آجانے میں درپیش ہوتی ہیں بہت خفیف سی مزاحمت پیش آتی ہے۔

کندھے کے حملہ خلوع کے مشترک خصائص۔ چونکہ عضلہ دالید

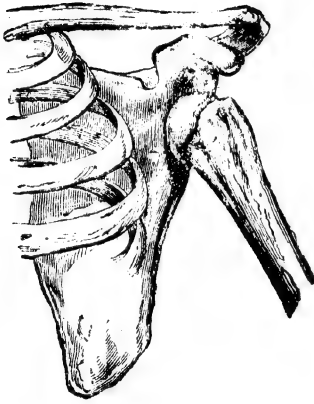
(deltoid) کی گولائی کا انحصار زیادہ تر اسکے نیچے ذراعیہ کے سر کے موجود ہونے پر جتا ہے، اور نیز ان تمام خلوع میں (شائد زیر شوکی قسم کے خلوع کی زیادہ خفیف حالتوں کے سوا) سر کا عضلہ دالید سے بالکل کوئی تعلق نہیں رہتا اسلئے یہ عضلہ ہمیشہ کم و بیش چپٹا ہو جاتا ہے۔ یہ چپٹا پن عضلہ کی تنیدگی سے جو کسی حد تک ہمیشہ موجود ہوتی ہے اور بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ عضلہ دالید کی تنیدگی کے ساتھ بازو کی تبعید بھی پائی جاتی ہے، اور یہ علامت حملہ خلوع میں ایک کافی حد تک مستقل ہوتی ہے۔ چونکہ

عضل ذوراسین بھی کم و بیش نامناسب طور پر تنیدہ ہوتا ہے اسلئے کہنی خمیدہ پائی جاتی ہے اور پیش باز و منہلح ہوتا ہے۔ خلع کی ہر ایک قسم میں بغل کے انتصابی محیط میں کچھ نہ کچھ اضافہ ہو جاتا ہے، کیونکہ سر کے لئے یہ ضروری ہے کہ وقبی حفروہ کو چھوڑنے کے بعد اس کے محیط کے کسی مشہور حصے پر اگر ٹھیکر جائے۔ مزید برآں ڈوگاس (Dugas) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ اگر ”مرئیس یا جراح مضرت رسیدہ جراحہ کی انگلیوں کو صحیح و سالم کندھے پر رکھ سکے درآئیکہ کہنی صدر سے مس کرتی ہو (یہ وہ حالت ہے جو اس جوڑ کی طبعی حالت میں حاصل ہوتی ہے) تو خلع موجود نہیں ہوتا، اور اگر ایسا نہ کیا جائے تو خلع ضرور موجود ہوتا ہے، کیونکہ یہ حالت جو طبعی طور پر غیر ممکن العمل ہے سوائے خلع کے اور کسی تضرر سے پیدا نہیں ہو سکتی، اور اسکی وجہ یہ ہے کہ صدر کے مدور ہونے کے باعث ذراعیم کے دونوں سروں کا بیک وقت اس سے مس کرنا ناممکن ہے اور کندھے کے خلع میں ہڈی کا بالائی سرا در صدر سے تقریباً ملا ہوتا ہے۔ اخیر میں بڑے بڑے عروق اور اعصاب کے محل پر غور کرنے سے (شکل ۶۳) یہ ظاہر ہو جائے گا کہ زیر غرابی اور زیر وقبی خلع میں ہڈی کا سران مانعوں کو دبانے سے ضرر پہنچا سکتا ہے۔ چنانچہ جراحہ میں تہج اور شدید درد پیدا ہو سکتا ہے اور اس کی عضلی طاقت میں ضعف نمودار ہو سکتا ہے۔ شریان اپنی لچک کی وجہ سے بالعموم بچ جاتی ہے۔ لیکن بیرارڈ (Bérard) نے مقدم غیر وضعیت کے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں بغلی شریان ذراعیم کے سرے سے اسبقدر مضبوط ہو گئی تھی کہ اس سے جراحہ میں گنگرین نمودار ہو گئی تھی۔ چونکہ عصب متعن (circumflex nerve) ذراعیم کے سرے سے قریبی تعلق رکھتا ہے اسلئے اس کو خاص کر خلع کی زیر وقبی (subglenoid) اور زیر شوقی (subspinous) قسموں میں ضرر پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

کندھے کے خلع کی ہر ایک قسم کی خصوصی تشریح - ۱۔ زیر غرابی

(subcoracoid)۔ ذراعیم کا مفصل سر کتف کی گردن کی مقدم سطح پر واقع ہوتا ہے اور جراحی عنق وقبی حفروہ کے مقدم لب پر تنگن ہوتی ہے۔ چنانچہ ذراعیم کا سر غرابی زائدہ کے مین نیچے اور اپنے طبعی محل کے آگے کی اور اندر کی طرف اور اس سے ذرا نیچے واقع ہوتا ہے۔ حدیثہ عظیم خالی وقبی کہنفہ کے بالمقابل ہوتا ہے (شکل ۶۶)۔ زیر کتفی عضل (subscapularis) ذراعیم کے سر کے اوپر تنیدہ ہو جاتا ہے اور بالعموم کس قدر مدیدہ بھی ہو جاتا ہے۔ فوق شوقی عضل (supraspinatus)

زیر شوقی عضلہ (infraspinatus) اور عضلہ مدلمہ صغیرہ (teres minor) یا تو کھج جاتے ہیں اور یا پھٹ جاتے ہیں یا بعض اوقات حدیبہ عظیم ٹوٹ کر علیحدہ ہو جاتا ہے۔ غرابی عضلہ (coraco-brachialis) اور ذوراسین (biceps) کا چھوٹا سر تن جاتے ہیں اور ذراعیہ کے سر کے اندر کی طرف واقع ہونے کی بجائے عین اسکے سامنے واقع ہوتے ہیں۔ ذوراسین کا طویل وتر نیچے کی اور باہر کی طرف کو منصرف ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ پھٹ کر میزاب سے علیحدہ ہو جاتا ہے مگر ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے۔



شکل ۶۶۔ ذراعیہ کا زیر غرابی خلع۔

عضلہ دالید (deltoid) میں تنیدگی پائی جاتی ہے۔ بغل کے سامنے ذراعیہ کے سر سے جو ابھارتا ہے اسکا انحصار کسی قدر گردش کی مقدار پر ہوتا ہے۔ اگر ہڈی باہر کی طرف کو گردش کر جائے تو مر میس نمایاں ترین ہوتا ہے۔ لیکن اگر یہ اندر کی طرف کو گھوم جائے تو اسکا سر بغل میں نیچے اتر جاتا ہے اور جلد کی بجائے کتف سے زیادہ مس کرتا ہے چونکہ ہڈی کا سر ہمیشہ ذرا نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے لہذا جارحہ کے طول میں حقیقی اضافہ کا پایا جانا ہر حال میں ضروری ہے۔ لیکن اگر ہڈی کا سر کافی فاصلہ تک آگے کی اور اندر کی طرف کو چلا گیا ہو اور جارحہ حالت تبعید میں ہو تو یہ ممکن ہے کہ معمولی طریقہ پر

پیمائش کرنے سے جارحہ میں اضافہ پائے جانے کی بجائے پیمائش طبعی ہو۔ یا ظاہری قصر موجود ہو۔ جب سرو قبی کہنہ کو چھوڑ دے تو حالت تبعید میں خارجی (جانبی) قنارال کا رجحان اکرومی کے نزدیک آنے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ وہ دو نقاط ہیں جہاں درمیان عام طور پر پیمائش کی جاتی ہے۔ لہذا بازو کے ظاہری طول کا انحصار زیادہ تر ذراعیہ کی تبعید کی مقدار یا ہڈی کے محور کے ترچھے پن پر ہوتا ہے۔

۲۔ زیر و قبی (subglenoid)۔ سر اپنے طبعی محل کے نیچے اور اسکے ذرا سامنے اور

اندر کی طرف ہوتا ہے۔ یہ سیدھا نیچے کی طرف نہیں جاسکتا کیونکہ مثلثہ الرؤس (triceps) کا طویل نیچے موجود ہوتا ہے۔ بلکہ یہ اس عضلہ اور زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے درمیان وقفہ میں

چلا جاتا ہے۔ ذراعیہ کے سر کی مفصلی سطح اُس مثلث رقبہ کی مقدم جانب پر ممکن ہوتی ہے جو وقبی حفرہ کے عین نیچے ہوتا ہے اور جس سے مثلثۃ الرؤس (triceps) نکلتا ہے۔ حدیبہ عظیم کا بالائی کنارہ جوڑ کے زیرین حاشیہ سے قریبی تعلق رکھتا ہے۔ زیر کتفی عضلہ (subscapularis) جو ذراعیہ کے سر کو مثبت رکھتا ہے بہت تنیدہ ہو جاتا ہے یا پھٹ بھی جاتا ہے۔ فوق شوکی (supraspinatus) اور زیر شوکی (infraspinatus) عضلات تنیدہ ہو جاتے ہیں یا پھٹ بھی جاتے ہیں۔ اور دونوں عضلات مدللجہ (teres muscles) زیادہ متاثر نہیں ہوتے تاوقتیکہ بازو کی معتد بہ تعبید موجود نہ ہو۔ غرابی عضدی عضلہ (coraco-brachialis) اور ذوراسین (biceps) تنیدہ ہوتے ہیں اور کسیدر تعبید کی وجہ سے جو بالعموم موجود ہوتی ہے، ذوراسین کا وتر خط مستقیم سے بہت کم منصرف ہوتا ہے۔



۳۔ زیر شوکی (subspinus) یا رباہوم کتف کی گردن کی موخر سطح پر ممکن ہوتا ہے اور ذراعیہ کی جراحی عنق کا میزاب وقبی حفرہ کے موخر لب کا قناطر ہوتا ہے۔ چنانچہ سر اکرومی (acromion) کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات یہ اور نیچے بھی ہٹ جاتا ہے اور

شکل ۶۔ ذراعیہ کا زیر شوکی خلع۔

یہ ظہر کتف (dorsum scapulae) پر اوپر اور کتفی شوک کے نیچے بھی واقع ہو سکتا ہے (شکل ۶)۔ زیر کتفی عضلہ کا وتر کچھ کر وقبی حفرہ کے اوپر ایک طرف سے دوسری طرف تک تنجا تا ہے اور اکثر اپنی چسپیدگی سے علحدہ ہو جاتا ہے۔ ذراعیہ کا سر عضلہ دلیہ (deltoid) کے عقبی حصہ اور تحت شوکی عضلہ (infraspinatus) اور عضلہ مدللجہ وغیرہ (teres-minor) کو پیچھے کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ موخر الذکر عضلات اس ہڈی کو ڈھکے ہوتے ہیں اور ان کے اوپر تنے ہوتے ہیں۔ صدر یہ کبرہ نامناسب طور پر تنیدہ ہوتا ہے اور اسکی تنیدگی سے ذراعیہ کی اندرونی گردش اور مقدم تعبید کی جو عام طور پر دیکھنے میں آتی ہیں کسی مدد تک توجیہ ہو جاتی ہے۔ یہ دونوں حرکتیں کم و بیش عديم التعداد ہوتی ہیں اور

عصب منحن (cicumflex) اکثر بیٹھ جاتا ہے۔

طریقہ کاوتر (Kocher's method) کی تفصیل جس سے اس قطع کی ترجیح کیجاتی ہے مذکورہ بالا تشریحی بحث سے معلوم ہوتی ہے۔ عام زیرغابی قطع کو مدنظر رکھتے ہوئے طریقہ کاوتر (Kocher's method) کا طرز عمل تین مراحل پر تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ (۱) ذراعیہ کو باہر کی طرف بہت آہستہ آہستہ گھمایا جاتا ہے، اور اس حالت میں پیش بازو کو بازو پر مضید رکھا جاتا ہے اور کہنی کو پکڑ کر دھڑکے نزدیک اور اس کے ذرا آگے کی طرف کو رکھا جاتا ہے۔ اس دست وری کے ذریعہ سے اس ہڈی کے سر کو پھسلا کر اسی راستہ پر سے واپس لانے اور اس کو عضلات سے (اور بالخصوص زیر کتفی عضلہ سے) جنیں یہ پھنس جاتا ہے نکالنے کی کوشش کیجاتی ہے۔ (۲) کہنی کو عین سامنے کی طرف حرکت دیجاتی ہے اور یہ بھی بہت آہستہ عمل میں لائی جاتی ہے۔ اس سے کیسے کے انشقاق میں کشادہ لہی پیدا کر دیجاتی ہے اور ذراعیہ کا سر کیسے کے فتح کے قریب کر دیا جاتا ہے اور (۳) ہاتھ کو طرف مقابل کے کندھے پر دفعہ لے جانے اور کلائی کو چھاتی پر لے آنے سے ذراعیہ کو جلدی سے اندر کی طرف کو ۱۸۰ درجہ کے برابر گھما دیا جاتا ہے۔ اس سے سر کیسے کی دریدگی میں سے جو ابھی تک منفتح ہی ہوتی ہے پھنس کر اندر چلا جاتا ہے۔

خلوع کی اور بالخصوص ان خلوع کی جو بہت مدت سے موجود ہوں ترجیح کرتے وقت بغلی ساختوں کو بعض اوقات شدید نقصان پہنچ جاتا ہے۔ بغلی ثریان کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے اور ورید کو بہت کم اور عصب کو اس سے بھی کم۔ چونکہ ثریان باہر کی طرف واقع ہوتی ہے، اسلئے اس کے ان نرم بافتوں سے جو اپنی جگہ سے ہٹتی ہوئی ہڈی کے سر کو پوشیدہ کرتی ہیں منضم ہوجانے اور اسلئے ان حصوں میں مداخلت کرتے وقت اس کے منشق ہوجانے کا امکان ہوتا ہے (شکل ۲۳ صفحہ ۲۷۶)۔

ذراعیہ کے بالائی سرے کے کسور۔ تشریحی عنق (anatomical)

(neck) کیسے کا بالائی حصہ عین تشریحی عنق سے چسپید ہوتا ہے اور اس محل کا سر بعض اوقات اس رباط کی دوسری طرف چلا جاتا ہے اور جزوی طور پر بروں کیسی ہوتا ہے (شکل ۲۵ صفحہ ۲۸۴)۔ کیسے کا زیرین حصہ تشریحی عنق کے ذرا نیچے چسپید ہوتا ہے اور اسلئے یہ ضروری ہے کہ اگر ضرر اس محل پر واقع ہو تو وہ ضرور دروں کیسی ہوگا۔ جس خط پر کیسے کا زیرین حصہ ذراعیہ سے چسپید ہوتا ہے

اس سے ریشہ جات معکوس ہو کر اوپر کی طرف مفصلی غضروف کے جو اس ہڈی کے سر پر ہوتی ہے حاشیہ کی طرف چلے جاتے ہیں۔ اگر ان ریشہ جات میں انشقاق نہ واقع ہوا ہو تو ان سے ٹکڑوں میں تعلق قائم رہتا ہے۔

اوپر کا ٹکڑا جو چھوٹا سا اور نسبتاً کثیف ہوتا ہے اسفنجی ہڈی کے اس وسیع رقبہ میں جو نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کی سطح پر ظاہر ہو جاتا ہے باسانی منغز ہو جاتا ہے۔ اس انغراز کے واقع ہونے پر عضلہ دالبیہ میں کسیتدر چٹاپن واقع ہو جاتا ہے کیونکہ اس سے سر کے العباد کم ہو جاتے ہیں اور اسلئے یہ عضلہ دالبیہ میں ابھار پیدا نہیں کر سکتا۔ مگر مطلب میں یہ دیکھنے میں آیا ہے کہ اسکی تعویض درون مفصلی انصباب سے ہو جاتی ہے اور اسی کی وجہ سے یہ نظر نہیں آتا۔ اگر انغراز واقع نہ ہو تو اوپر کا چھوٹا سا ٹکڑا اکثر اپنے اوپر گھوم جاتا ہے اور اپنی جگہ سے ہٹ کر بعض اوقات بغل میں چلا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں اسکا قابو میں لانا مشکل ہوتا ہے۔ لہذا اس کسر میں انغراز ایک مفید چیز ہے۔ اسی لئے تکتک حاصل کرنے کے لئے جس سے انغراز کے زائل ہو جانے کا امکان ہوتا ہے کوئی کوشش نہ کرنا چاہئے بلکہ تشخیص کی توضیح کو لاشعاعوں کے امتحان پر چھوڑ دینا چاہئے۔

۲۔ اوپر کے برالہ کی علیحدگی۔ اس برالہ کا زیریں کنارہ اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو حدیبہ عظیم کے قاعدہ پر ہڈی کو کاٹتا ہوا اور تشریحی اور جراحی عمقوں کے درمیان واقع ہو (دیکھو شکل ۶۵ صفحہ ۲۸۴)۔ آری کی مستعرض کاٹ جو اس ہڈی کے سب سے چوڑے حصہ میں سے گزرتی ہو اسکے محل کو کافی حد تک ظاہر کرتی ہے۔ اس برالہ کے تینوں ترکیبی نوات (سر اور حدیبہ جات عظیم و صغیر) پانچویں سال کے قریب متحد ہوتے ہیں اور یہ تمام تودہ پوری سے بیسویں سال کے قریب قریب ملتا ہے۔ اوپر کا ٹکڑا ان عضلات کے ذریعہ سے جو حدیبہ عظیم سے چسپیدہ ہوتے ہیں باہر کی طرف کو مکمل جاتا ہے اور باہر کی طرف کو ہی گھوم جاتا ہے اور نیچے کا ٹکڑا ان عضلات کے ذریعہ سے جو ذراسینی میزاب میں چسپیدہ ہوتے ہیں اندر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ چنانچہ نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے صاف سرے کا کچھ حصہ غرابی زائیدہ کے نیچے عام طود پر ایک نمایاں مرمیہ کی شکل میں ظاہر ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں جابرہ کا محور متغیر ہو جائیگا اور کہنی پہلو سے دراز دور رہیگا علاوہ ازیں تمام غیر وضعیت اکثر مقدم و مخدوخ میں بھی ہوتی ہے اور نیچے کا ٹکڑا آگے کی طرف کو نکلا ہوتا ہے۔ چوٹ کے مقام پر ہڈی کی دونوں سطحیں ایک دوسری سے اتنی دور ہوتی ہیں کہ انکا تراکب مشکل ہی سے ممکن ہوتا ہے۔

۳۔ جراحی عنق۔ جراحی عنق حدیبہ جات کے قاعدوں اور عضلہ عریضہ نظریہ (latissimus dorsi) اور عضلہ مدللجہ کبیرہ (teres major) کے منہاؤں کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ یہاں جو کسر واقع ہوتا ہے وہ بالعموم مستعرض ہوتا ہے، اگرچہ ہڈی کی ایک گنج اکثر پوری پر سے اوپر کو بھی اٹھی ہوتی ہے۔ کسر کا خط ان عضلات کے منہاؤں سے نیچے ہوتا ہے جو حدیبوں سے چپکے ہوتے ہیں اور بالعموم یہ ان سے اوپر ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ عضلہ صدر کبیرہ، عضلہ عریضہ نظریہ، اور عضلہ مدللجہ کبیرہ کے منہاؤں پر سے گزرتا ہے جو ذوراسینی میزائٹ واقع ہوتے ہیں۔ ٹکڑوں میں جو عام غیر وضعیت پائی جاتی ہے مندرجہ ذیل ہے: ۱۔ اوپر کا ٹکڑا بالعموم باہر کی طرف کو کھل جاتا ہے اور فوق شوکی اور تحت شوکی عضلات اور عضلہ مدللجہ صغیرہ اسکو باہر کی طرف کو گھما دیتے ہیں لیکن بعض اوقات اس میں زیادہ غیر وضعیت نہیں پائی جاتی نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے سرے کو عضلہ دالیہ، ذوراسین، غرابی عضلہ اور مثلثۃ الرؤس اور بکتر کو کھینچ لیتے ہیں اور جو عضلات ذوراسینی میزاب پر چسپیدہ ہوتے ہیں وہ اسکو اندر کی طرف کو کھینچ لیتے ہیں اور عضلہ صدر کبیرہ اسکو آگے کی طرف کو کھینچ لیتا ہے۔ چنانچہ اس سے بغل میں ایک مریہ بجاتا ہے اور نیچے کے ٹکڑے کا محور بھی متغیر ہو جاتا ہے جس سے اسکا رخ اوپر کی اور اندر کی طرف ہو جاتا ہے اور کہنی پہلو سے متعذر ہوتی ہے۔ جب تک ذراعیہ کا سر و قبی کہنہ میں رہتا ہے کندھے کی چوٹی میں کوئی چٹا بن نہیں پایا جاتا جیسا کہ ضلع میں دیکھنے میں آتا ہے۔ بہر کیف اس سے ایک یا دو انچ نیچے ایک نشیب دکھائی دیتا ہے تا وقتیکہ وہ نرفی العصاب سے پکڑ نہ ہو جائے۔ بازو میں ایک انچ یا اس سے زائد قصر واقع ہو جاتا ہے۔ نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے سرے سے عضلہ عصاب کے دب جانے سے بعض اوقات شدید درد پیدا ہو جاتا ہے یا انکو شدید قسم کا نقصان پہنچ جاتا ہے۔ عصب منحن (circumflex) کو جو کسر کے لیول پر قاعدہ کے گرد ہو کر گزرتا ہے نہایت کثرت سے ضرر پہنچتا ہے۔ شریان اور ورید کو بھی مضرت پہنچ جاتی ہے گو اعصاب کے مقابلہ میں ایسا کم ہوتا ہے۔

مذکورہ بالا غیر وضعیت ہمیشہ موجود نہیں ہوتی اور ایسے واقعات بھی درج ہیں جن میں نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کا سرا (۱) ابتدائی تیبی طاقت سے آگے کی طرف کو ہٹ گیا تھا یا (ج) عملی طور پر مطلقاً ٹلا ہی نہیں تھا۔

کندھے کے جوڑ پر سے ہتر۔ عضلہ دالیہ سے ایک معیاری ہتری دامن

طیار ہوتا ہے۔ اس کی خونی اور عصبی رسد موخر منحن (posterior circumflex) عروق اور منحن (circumflex) عصب کی وجہ سے جن کو کیسہ کے کاٹنے سے پیشتر ذراعیہ کے بالائی سرے کی موخر جانب پر سے دامن اٹھاتے وقت بچانا ضروری ہوتا ہے محفوظ رہتی ہے۔ غرابی زائدہ اس عضل کے مقدم کنارہ کے نیچے اور بغلی عروق کے خط کے ساتھ ہی باہر کی طرف واقع ہوتا ہے طریقہ سپنس (Spence's method) کے مطابق شکاف غرابی زائدہ کے عین باہر کی طرف سے لے کر عضل دالیہ کو کاٹنا ہوا اس کی کور کے متوازی دیا جاتا ہے اور پھر اس کو اس کے منتہی سے اوپر مستعرض رخ میں عضل دالیہ پر سے بازو کے موخر اندرونی کنارہ تک بڑھا دیا جاتا ہے۔ اس مقام تک یہ تمام شکاف بے روک ٹوک ہڈی تک گہرا دیا جاتا ہے۔ مگر جو جیرا اس شکاف کو مذکورہ موخر اندرونی کنارہ سے لے کر اس کے انتہائی حصہ سے ملتا ہے، یعنی شکاف کا وہ حصہ جو عروق کے خط کو قطع کرتا ہوا گزرتا ہے، صرف جلد اور زیر جلدی بافت ہی میں سے دیا جاتا ہے۔ اب مفصل کے کیسہ کو حدیجہ جات پر سے چاک کر کے سر کو مخلوع کر دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک مددگار اندرونی دامن کو جو ابھی تک شکاف یافتہ نہیں ہوتا اس طرح پکڑ سکتا ہے کہ اس کے اوپر کے عروق قابو میں آجائیں اور اس اثنا میں جراح شکاف کے اٹھلے حصہ کو گہرا کر کے جارحہ کو علیحدہ کر دیتا ہے۔ اس کے بعد عروق فوقانی عمیق (superior profunda) (بازو کی عمیق ثریان) کے مبداء سے نیچے کاٹ دئے جاتے ہیں۔ عضل صدر کبیرہ کا منتہی اس شکاف سے کٹ جاتا ہے جو عضل دالیہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ دیا گیا تھا اور علی ہذا عضلہ نصفہ لمبرہ (latissimus dorsi) اور عضلہ مدبلجہ کبیرہ (teres major) بھی کٹ جاتے ہیں۔ عضلہ مدبلجہ صغیرہ، زیر شوکی عضلہ، فوق شوکی عضلہ اور زیر کتفی عضلہ کیسہ سے منقسم ہوتے ہیں، اور ہڈی کے سر کو علیحدہ کرنے کے لئے اس کے ساتھ ہی کاٹ دئے جاتے ہیں۔ کیسہ کا زیرین حصہ اور ششہ الرؤس کا طویل سر ذراعیہ کو عقب سے بالائی زخم میں سے باہر نکالنے کے بعد کاٹے جاتے ہیں۔

کندھے کے جوڑے کے مرض میں ذراعیہ کے سر کا استیصال کرنے کے لئے

شکاف ذوراسین کے فوق و قبی سر کے ساتھ ساتھ دیا جاتا ہے اور شکاف کو اوپر گہرا کر دیا جاتا ہے حتیٰ کہ اس کا وتر جوڑ میں معرا ہو جاتا ہے۔ بازو کو اندر کی طرف گھما کر اور ذوراسین کے وتر کو محفوظ کر کے فوق شوکی عضلہ، زیر شوکی عضلہ اور عضلہ مدبلجہ صغیرہ کے منتہاؤں کو حدیجہ عظیم سے زیر گرد عظمی

طور پر علحدہ کر دیا جاتا ہے اور پھر بازو کو باہر کی طرف گھما کر زیر کتفی عضلہ کی چسپیدگی کو مدیہٴ صغیر سے اسی طرح کاٹ دیا جاتا ہے۔ اب ہڈی کا سر مخلوع کیا جاسکتا ہے اور آری سے کاٹا جاسکتا ہے و قبی کہنفہ کو مجرف (curette) سے کھرچ دیا جاتا ہے اور مرض زدہ زلابی غشا کاٹ کر علحدہ کر دی جاتی ہے۔ اس کے بعد کیسہ کی اس جھری کو (جس سے ان عضلات کی چسپیدگی باقی رہتی ہے) ٹانگے لگا کر بند کر دیا جاتا ہے۔ ذراعیمہ کے سرکا استیصال کرتے وقت یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ ذراعیمہ کی پوری میں جو نمو طولا پیدا ہوتا ہے اس کا ۱/۲ حصہ بالائی ربانی خط پر واقع ہوتا ہے۔ لہذا ۱۹ یا ۲۰ سال کی عمر سے پیشتر واقعی طور پر استیصال کرنے پر کھرچنے کو ترجیح دینا چاہئے۔

بازو از دہم

بازو

(ARM)

299

بازو یا بالائی بازو (upper arm) یا عضدی خط وہ حصہ تصور کیا جاتا ہے جو بغل سے لے کر کہنی تک پھیلا ہے۔

سطحی تشریح - عورتوں اور موٹے اشخاص میں بازو کا خاکہ مستدیر اور کافی باقاعدہ ہوتا ہے۔ قوی العضلات اشخاص میں یہ اتنا باقاعدہ نہیں ہوتا بلکہ کسی حد تک اسطوانہ کی شکل کا ہوتا ہے اور ایک طرف سے دوسری کو چپٹا اور آگے کی طرف کو غیر متناسب طور پر ابھرا ہوتا ہے (عضلہ ذوراسین)۔ عضلہ ذوراسین کا خاکہ نمایاں ہوتا ہے اور اس کی ہر ایک جانب پر ایک میزب پایا جاتا ہے۔ دونوں میزابوں میں سے اندرونی کہیں زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ یہ کہنی کے خم سے لے کر بغل تک جاتلا ہے اور ورید باسلیق (basilic vein) اور عضدی شریان (brachial artery) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ بیرونی میزاب اتھلا ہوتا ہے اور اوپر کی طرف عضلہ دالیہ کے منہی تک جا کر ختم ہو جاتا ہے اور یہاں تک یہ قیفالی ورید (cephalic vein) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔

عضلہ دالیہ کا منہی ایک مشہور امتیازی نشان ہے اور آسانی سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ یہ ذراعہ کی پوری کی بہت صحیح صحیح تنصیف کرتا ہے اور غرابی عضدی عضلہ کے منہی کے لیول پر واقع

ہوتا ہے۔ نیز یہ عضدی عضلہ (brachialis) کی اوپر کی حد کو بھی ظاہر کرتا ہے۔ مزید برآں یہ ان مقامات کا متناظر ہوتا ہے جہاں ذراعیہ کی پوری کا استوانہ نما حصہ منشور نما حصہ سے ملتا ہے اور جہاں مغذی شریان (nutrient artery) داخل ہوتی ہے۔ اور نیز یہ اس لیول کا متناظر بھی ہوتا ہے جس پر بازو کا عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب اور اسکی شریان عمیق (profunda artery) ہڈی کی عقبی جانب پر سے گزرتی ہے۔

300

جب بازو حالت بسط اور حالت بطح میں ہوتا ہے تو عضدی شریان اس خط کی متناظر ہوتی ہے جو ذرا سین کے اندرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ بغل کے مخرج (اس کے وسطی اور مقدم ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال) سے لیکر کہنی کے خم کے وسط تک کھینچا جائے۔ شریان سطحی ہوتی ہے اور اپنے تمام طول میں محسوس کی جاسکتی ہے۔ اسکا بالائی دو تہائی حصہ ذراعیہ کی پوری کے اندر کی جانب واقع ہوتا ہے اور اسلئے اسکو ہڈی پر باہر کے اور ذرا پیچھے کے رخ میں مضبوط کیا جاسکتا ہے۔ اس کے زیرین ایک تہائی حصہ کے پیچھے ذراعیہ واقع ہوتی ہے اور ضغط کو موثر بنانے کے لئے اسکارخ پیچھے کی طرف کو ہونا چاہئے۔

فوقانی زندگی مجانب (superior ulnar collateral) (تحتانی عمیق inferior profunda) اس خط سے ظاہر کی جاسکتی ہے جو ذراعیہ کی پوری کی اندر کی طرف کے وسطی حصہ سے لیکر اندرونی یعنی وسطانی سرفقدال کی عقبی جانب تک کھینچا جائے یعنی شریان (nutrient artery) ہڈی میں اسکی اندرونی جانب پر عضلہ دالیہ کے انتہی کے سامنے داخل ہوتی ہے اور تحتانی زندگی مجانب (inferior ulnar collateral) (متفہم کیز: anastomotica magna) عرق کہنی کے خم سے تقریباً دو انچ اوپر نکلتا ہے۔

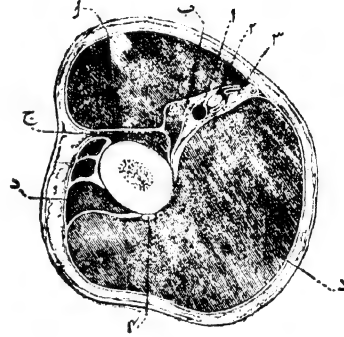
زندگی عصب (ulnar nerve) پہلے عضدی شریان کے ساتھ ساتھ جاتا ہے اور پھر اس خط کے ساتھ ساتھ جو غرابی عضدی عضلہ کے انتہی کے لیول کے قریب عرق مذکور کی اندرونی جانب سے اندرونی قندال اور رُزج (olecranon) کے درمیانی وقفہ تک کھینچا جائے۔

کلائی کے داخل یا وسطانی جلدی عصب (medial cutaneous nerve) کا زیادہ تر حصہ اندرونی ذرا سین میزب کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اور عضلی جلدی (musculo-cutaneous) عصب کہنی کے خم میں ذرا سین کے وتر کے بیرونی کنارہ پر بیرونی ذرا سین میزب یا تجویف میں سطحی ہو جاتا ہے۔ اس میزب کی گہرائی میں دو عصب پائے جاتے

ہیں۔ عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اور عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبی radial: پہلا عصب راسین کے نیچے نکلتا ہے اور دوسرا عضدی کعبی عضلہ (brachio-radialis) کے قُربی حصہ کے نیچے واقع ہوتا ہے اور اس کے ذریعہ سے پوشیدہ ہوتا ہے۔

301

بازو کی جلد کا خاکہ اس کے سامنے کی طرف اور جانبین پر باریک اور صاف ہوتی ہے۔ یہ بہت حرکت پذیر ہوتی ہے اور عمیق حصوں سے ایک بہت نرم زیر جلدی ردا کے ذریعہ سے ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتی ہے۔ بازو کے مدور بتور میں جلد اپنے ڈھیلے پن کی وجہ سے دستی جز ہی سے ایک کافی حد تک کھچ جاتی ہے ٹیگلیاکوزی (Tagliacozzi) کے عمل میں ناک کو بار دیگر طیار کرنے کے لئے ذوراسین کی مقدم سطح کے اوپر کی جلد ہی سے دامن طیار کیا جاتا ہے۔ اس



شکل ۶۸۔ بازو کے وسط میں سے تعرض تراش۔

(براون : Braune)

(۱) ذوراسین - (ب) غواہی عضدی عضلہ۔

(ج) عضدی عضلہ (مقدم) - (د) مثلثہ الزوٹ

۱۔ عضدی شریان۔ ۲۔ عصب وسطی۔ عصب ندی

۳۔ عضلی مرغولی (کعبی) عصب۔

حصہ کی جلد کے پتلا اور بالوں سے معرا ہونے کی وجہ سے یہ اس طریق کار کے لئے بہت موزوں ہے چونکہ بازو کی جلد کی چسپیدگیاں زیادہ نہیں ہوتیں اس لئے یہ دریدہ اور کوفتہ زخموں میں آسانی سے پھٹ اور اتو جاتی ہے۔ بعض اوقات ان ضررات میں جلد کے بڑے بڑے دامن ضرب کی قوت سے طلوعہ ہو جاتے ہیں۔ زیر جلدی بافتوں کے

ڈھیلے پن کی وجہ سے الہامی اعمال کے پھیلنے میں بہت مدد ملتی ہے اور اس کے مقابلہ پتلا ہونے کی وجہ سے کدم (ecchymosis) ابتدا ہی میں ظاہر ہو جاتا ہے۔

یہ جارح ایک میٹ ردا سے جو عضدی صفاق (brachial aponeurosis)

سے موسوم ہے اس طرح ڈھکا ہوتا ہے جیسا کہ آستین سے۔ یہ ردا طرفین پر دو بین عضلی فاسلات سے

جو ذراعیہ کے بیرونی اور اندرونی حاشیوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں ثبت ہوتی ہے۔ اور یہ فاصلات ایک طرف عضلہ دالمیہ کے انتہی سے لیکر بیرونی یا جانبی سرقندال تک اور دوسری طرف غائبی عضدی عضلہ کے انتہی سے لیکر اندرونی سرقندال تک پھیلے ہوتے ہیں۔ اس صفاق اور اسکے فاصلات سے بازو دو خانوں میں منقسم ہو جاتا ہے جو بازو کی مستعرض تراش میں بخوبی نظر آتے ہیں (شکل ۶۸)۔ یہ خانہ الہتانی اور زنی انصبابات کو محدود رکھتے ہیں۔ ان دونوں خانوں میں سے مقدم خانہ کے حدود کم مستحکم ہوتے ہیں کیونکہ جو ردا ذوراسین کی پوشش کا کام دیتی ہے وہ پتلی ہوتی ہے۔ انصبابات ایک خانہ میں سے دوسرے خانہ میں ان ساختوں کے ساتھ ساتھ چلکر جو عین عضلی فاصلات کو منقبت کر کے دونوں فضاؤں کے لئے مشترک ہو جاتی ہیں، آسانی پہنچ جاتے ہیں۔ اور یہ ساختیں عضلی مرغولی اور زندی اعصاب، شریان عمیق (profunda artery) اور فوقانی اور تحتانی زندی مجانبات (superior and inferior ulnar collaterals) ہیں۔ بڑی بڑی ساختیں جو عضدی صفاق کو منقبت کرتی ہیں یہ ہیں:۔ ورید باسیلق (basilic vein) جو بازو کے وسط سے ذرا نیچے ہوتی ہے۔ پیش بازو کا داخلی جلدی عصب جو بازو کے وسط کے قریب ہوتا ہے اور عضلی جلدی عصب کی خارجی جلدی شاخ جو کہنی پر ہوتی ہے۔ قبل الذکر دونوں ساختیں اندرونی ذوراسین میزاب میں ہوتی ہیں اور موخر الذکر بیرونی میں ہوتی ہے۔

عضدی عضلہ (brachialis) ہڈی سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے اور ذوراسین (biceps) آزاد ہوتا ہے۔ لہذا جب ان عضلات کو کاٹا جاتا ہے (جیسا کہ بتزین) تو موخر الذکر عضلہ میں قبل الذکر کی نسبت معتد بہ بازکشی واقع ہو جاتی ہے۔ لہذا مدور بتزین انجام دینے وقت یہ مناسب ہوتا ہے کہ پہلے ذوراسین کو کاٹ دیا جائے اور جب یہ بازکشیہ ہو جائے تو پھر عضدی عضلہ مقدم کو کاٹا جائے۔

عضدی شریان (brachial artery)۔ یہ عرق عضلہ کوجبر (teres major)

کے زیرین کنارے پر بغلی شریان کے بلا واسطہ تسلسل کی شکل میں شروع ہوتا ہے اور پیش غرقیتھو (antecubital fossa) میں کعبہ کی عنق کے مقابل کعبی اور زندی شریانوں میں منقسم ہو کر ختم ہو جاتا ہے۔ اسکے خط کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 299)۔ قوی العضلات اشخاص میں یہ شریان بعض اوقات ایک معتد بہ مدتک ذوراسین عضلات سے اور کسی حد تک

غرابی عضدی عضلہ سے مترکب ہوتی ہے۔ دوسری ساختوں کے مقابلہ میں اس کا محل شکل ۶۸ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ بازو کے وسط میں عصب وسطی (median nerve) اس کے تقریباً عین سامنے ہوتا ہے، اور ذرا سین اس پر مترکب ہوتا ہے اور مثلثۃ الرؤس اسکو پیچھے سے سہارا دیتا ہے۔ جب جراح کو یہاں اس شریان کو مس کرنا مقصود ہو تو موخر الذکر امر اس کے لئے دلچسپی سے خالی نہیں ہوتا۔ کیونکہ اگر بیجا طور پر نیچے کوئی گدی رکھی ہو یا سہارا دیا ہو تو وہ مثلثۃ الرؤس کو اوپر کی طرف کو دھکیل دے گا جس سے تشریحی تعلقات میں خلل واقع ہو جائے گا اور یہ عرق مخفی ہو جائے گا۔ اس قسم کی کوئی گدی استعمال نہ کرنا چاہئے بلکہ بازو کو صرف کندھے اور اس گدی کے سہارے رہنے دینا چاہئے جو کہنی کے نیچے رکھی گئی ہو۔

303

عصب وسطی اس شریان کی بیرونی اور مقدم جانب پر سے نیچے کی طرف کو غرابی عضدی عضلہ کے منہی تک جاتا ہے اور یہاں یہ اس کے مین آگے واقع ہوتا ہے۔ اس کے بعد یہ اس کے اندر کی جانب کو آجاتا ہے اور اٹکا یہ تعلق آگے بڑھ کر بھی قائم رہتا ہے۔ لہذا عضدی شریان کے مضغط میں عصب وسطی شکل سے ہی بچ سکتا ہے۔ داخلی جلدی عصب اس عرق کے سامنے یا اس کی اندر کی طرف کے قریب ہی واقع ہوتا ہے حتیٰ کہ یہ رد کو منتقب کر دیتا ہے۔ زندگی عصب غرابی عضدی عضلہ کے منہی تک اس شریان کے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے اور اس عرق کے مقام ابتدا کے پیچھے عضلی مرغوی عصب موجود ہوتا ہے۔ رفیق و ریدوں میں سے ہر ایک اس شریان کی ایک ایک طرف واقع ہوتی ہے اور یہ ایک دوسری سے چھوٹی چھوٹی مستعرض شاخوں سے مربوط ہوتی ہیں اور یہ شاخیں اس عرق کو عبور کرتی ہیں اور اس پر عملیہ کرتے وقت بعض وقتاً موجب تکلیف ہوتی ہیں۔ شلٹ وسطی پر شریان کو باندھنے کے لئے جو شکافات دئے جاتے ہیں اگر وہ بہت زیادہ اندر کی طرف واقع ہوں تو باسلیق و رید کے کٹ جانے کا امکان ہوتا ہے یا زندگی عصب مسرا ہو جاتا ہے جو غلطی سے وسطی تصور کر لیا جاتا ہے۔ بہترین شکاف وہ ہے جو انتصابی رخ میں نیچے کی طرف کو اس خط پر دیا جائے جو غرابی زائدہ سے لیکر پیش مرفعی حفرہ کے نقطہ وسطی تک اس حالت میں کھینچا گیا ہو جبکہ بازو دھڑ سے زاویہ قائمہ پر ہو اور ہاتھ جت حالت میں ہو اور تکیہ صرف کہنی کے نیچے ہی رکھا ہو۔ اس طریقہ سے رسائی حاصل کرنے سے عملیہ کن کے سامنے ذرا سین کی اندرونی کورا اور عصب وسطی آجائے گا اور انکو باہر کی طرف کو ہٹانے سے اسکو دوسری ساختوں کو ہلانے کے بغیر یہ شریان مل جائے گی۔ جہاں تک زندہ مریض کا

تعلق ہے عصب وسطیٰ کو ماتحت شریان سے اکثر ایک نمایاں نبضان پہنچتا رہتا ہے اور بعض اوقات اسی کو بڑی شریان تصور کر لیا گیا ہے۔

عضدی شریان کی ترتیب میں جو غیر طبعی حالتیں پائی جاتی

ہیں وہ اس قدر کثیر الموقوع ہیں (۱۲ تا ۱۵ فیصدی بازوؤں میں پائی جاتی ہیں) کہ وہ جراحی نقطہ نظر سے اہم ہیں۔ ایک بجانب شاخ (عرق خالصی: vas aberrans) کا پایا جانا غیر معمولی نہیں سمجھا جاتا۔ یہ شاخ عضدی شریان کے بالائی حصہ یا بغلی شریان کے نرین حصہ سے نکلتی ہے اور بازو میں نیچے تک عصب وسطیٰ سے اوپری جاتی ہے اور کبھی شریان میں یا بعض اوقات زندگی میں جا کر ختم ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات عضدی کی جگہ عرق خالصی (vas aberrans) ہی موجود ہوتا ہے۔ اور اس حالت میں شریان عصب وسطیٰ سے عمیق ہونے کی بجائے اس سے اوپری پائی جلتے گی اور عمیق (profunda) یا گہری شریان اور فوقانی زندگی بجانب (superior ulnar collateral) شریان اصلی عضدی شریان کے بقیہ حصہ سے نکلیں گی۔ یا اوپری عضدی عرق بعض اوقات فوق قندالی زائیدہ (supracondyloid process) کے نیچے سے گزرتا ہے اور یہ زائیدہ ہڈی کا ایک خطاف دار مرید ہے جو گاہے گاہے ذراعہ سے اس کے اندرونی سرفقندال سے ۲ انچ اوپر پیدا ہوتا ہے۔ یہ عرق عضدی عضلہ کے مبداء کے اندرونی ریشوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

ایک اور اختلافی حالت ہے جس میں ایک شریان کی بجائے دو شریانیں موجود ہوتی ہیں۔ ایسی حالت میں عضدی شریان فوق مرفقی حفرہ میں منقسم ہونے کی بجائے بازو کے بالائی حصہ ہی میں تقسیم ہو جاتی ہے اور جو عروق دکھائی دیتے ہیں وہ درحقیقت کبریٰ اور زندگی ہوتے ہیں۔ بعض اوقات شریان عضدی اپنے طبعی محل پر منقسم ہوتی ہے اور دوسرا عرق بین العظامی ہوتا ہے جو بازو کے نرین حصہ میں شریان زندگی سے نکلنے کے بجائے بازو کے بالائی حصہ میں عضدی ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ اور دوسرے واقعات میں جو عروق نظر آتے ہیں انہیں ایک طبعی عضدی ہوتا ہے اور ایک عرق خالصی (vas aberrans)۔ اگر عملیہ بندش کے لئے سرانجام دیا جا رہا ہو تو دونوں شریانوں کو باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبری: radial) عصب کو ہڈی سے

جس کو یہ عضلہ دالیه کے منہی پر عبور کرتا ہے قریبی تماس رکھنے کی وجہ سے اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے اور نیشق ہو جاتا ہے۔ چنانچہ شدید کوفتگیوں میں لات اور بول لنگے اور گھوڑوں کے کاٹنے سے اور نیز ذراعیمہ کی پوری کے کسور میں اسے بہت کثرت سے نقصان پہنچ چکا ہے۔ یا الیا ہوتا ہے کہ یہ عصب کسر کے وقت صحیح وسالم ہوتا ہے اور بعد میں دُشبد (callus) سے اعتدال متاثر ہو جاتا ہے کہ وہ حصے جنکو یہ رسد پہنچاتا ہے مشلول ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کی قید سے اسکو آزاد کرنے کے لئے طولانی شکاف موزوں ہوتا ہے، جو بازو کی پشت پر اسکے عین وسط میں دیا جاتا ہے جبکہ کہنی خمیدہ ہو اور کلائی چھاتی پر رکھی ہو۔ اس قسم کے شکاف کو گہرا کرنے سے یہ عصب مشکوۃ الزوس کے اندرونی اور طویل سروں کے درمیان عضلی مرغوی میزاب میں فوقانی عریق (superior profunda) ثمریان کے ساتھ پایا جائے گا۔ کئی ایک مثالوں میں یہ عصب ان آدھیوں میں سر کے دباؤ سے مشلول ہو گیا ہے جو بازو کو مکمل انبطاح اور تبعید کی حالت میں سر کے نیچے رکھ کر سو گئے تھے۔ غراب ساخت کے عکازوں کے دباؤ سے بھی اسکو اکثر نقصان پہنچ جاتا ہے۔ اور واقعہ یہ ہے کہ 'عکازی شلل' (crutch paralysis) میں یہ عصب نہایت کثرت سے ماؤف ہوتا ہے، اور بلحاظ کثرت ابتلا کے جوتنا اسکے بعد ماؤف ہوتا ہے وہ زندگی ہے۔

305

عضلی مرغوی (musculo-spiral) شلل سے جو مظاہر پیدا ہوتے ہیں ان کا ذکر صفحہ 370 پر کیا گیا ہے۔

ذراعیمہ کی پوری کا کسر بعض اوقات بلا واسطہ ضرب سے پیدا ہوتا ہے

گر اس کی پوری بالواسطہ ضرب سے بھی ٹوٹ سکتی ہے۔ اور کہا جاتا ہے کہ تمام ہڈیوں میں سے ذراعیمہ ہی ہے جو عضلی فصل سے نہایت کثرت سے ٹوٹتی ہے۔ موخر الذکر کی مثالوں کے طور پر گیند یا بمب کا پھینکنا یا کرنے سے بچنے کے لئے کسی مہارے کا پکڑنا اور قوت کی دو آزمائش جو کلائی مڑاؤنے (wrist-turning) کے نام سے موسوم ہے پیش کی جاسکتی ہے۔ جب یہ ہڈی عضلہ دالیه کے منہی سے اوپر ٹوٹتی ہے تو نیچے کا کمرہ ذوراسین، مشتتہ الرؤس اور عضلہ دالیه سے اوپر کی طرف اور موخر الذکر سے باہر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے، اور اوپر کا کمرہ ان عضلات سے جو ذوراسینی میزاب میں چسپیدہ ہوتے ہیں اندر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ جب کسر عضلہ دالیه کے منہی سے نیچے واقع ہو تو یہ عضلہ اوپر کے کمرے کے نیچے کے سرے کو باہر کی طرف کو کھینچ لیتا ہے، اور

نیچے کا ٹکڑا ذوراسین اور مثلثۃ الرؤس سے اس کے اندر کی طرف سے اوپر کو کھینچا جاتا ہے۔ بہر حال قاعدہ یہ ہے کہ بدشکلی کا انحصار کسی عضلی فعل کی نسبت کا بہ عظم قوت کی نوعیت اور اس کے رخ پر کہیں زیادہ ہوتا ہے۔ جن بدوضعیوں کا ذکر ابھی کیا گیا ہے یہ بھی مشاہدہ میں آ سکتی ہیں مگر عضلہ دالیکہ کے منتہی کو محل کسر سے جو علاوہ ہوتا ہے اس سے یہ بالعموم کوئی تعلق نہیں رکھتیں۔ بازو کے وزن کی وجہ سے قصر شاذ و نادر ہی $\frac{3}{4}$ انچ سے زائد ہوتا ہے۔

ہڈی کے کسر کے ساتھ اس کے ارد گرد کے عضلات کا معکوس انقباض

306

ہمیشہ پایا جاتا ہے۔ اور یہ ایک معکوس ہے جو ان حسی اعصاب کو ضرر پہنچنے سے ظہور میں آتا ہے جو ضرر رسیدہ ہڈی، گرد عظم اور عضلات میں ختم ہوتے ہیں۔ اور شکستہ سروں کے ایک دوسرے پر چڑھ جانے کی یہی وجہ ہے۔ یہ معکوس انقباض معدم حس کے زیر اثر غائب ہو جاتا ہے اور اقتراب (apposition) آسان ہو جاتا ہے۔

عدم اتحاد ذراعیمہ کے کسر میں دوسری ہڈیوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پایا

جاتا ہے۔ عدم اتحاد اور اتحاد آجل کا انحصار شریان مغذی اور محل کسر کے درمیان تعلق پر نہیں ہوتا بلکہ زیادہ تر تثبیت حاصل کرنے میں دقت پیش آنے پر ہوتا ہے۔ اندام کے لئے جس آرام کی ضرورت ہوتی ہے وہ صرف ان تمام عضلات کو جو ذراعیمہ کے کسی حصہ پر بھی فعل کرتے ہیں محل کسر میں خلل انداز ہونے سے باز رکھنے ہی سے حاصل ہو سکتا ہے۔ لہذا کندھے کہنی کلائی اور ہاتھ کے جوڑوں کو غیر متحرک بنانا ضروری ہوتا ہے، کیونکہ جو عضلات ذراعیمہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں وہ ان تمام جوڑوں پر فعل کرتے ہیں۔ لیکن اگرچہ دوسرے جوڑوں کی تثبیت آسان ہوتی ہے مگر کندھے کے جوڑے کی تثبیت مکمل طور پر حاصل نہیں کی جاسکتی۔ دوسرا اہم سبب یہ ہے کہ شکستہ سروں کے درمیان عضلی بافت حاصل ہو جاتی ہے۔ کیونکہ اس ہڈی کی پوری منفعیم عضلی ریشوں سے گھری ہوتی ہے اور ان سے قریبی تعلق رہتا ہے۔ چنانچہ ترجیحے کسر میں ہڈی کے ٹکڑے کا سرا بعض اوقات عضلہ عضلی میں گھس جاتا ہے اور دوسرا مثلثۃ الرؤس کے جسم میں جا بٹکتا ہے اور اس طرح ہڈیوں میں تماس واقع نہیں ہو سکتا۔

ذراعیمہ کی بالیدگی۔ سترھویں یا اٹھارویں سال کے قریب بچہ کی برابری

خط پر بالیدگی بند ہو جاتی ہے اور تیرہین یا بعدی بر بال پوری سے متحد ہو جاتا ہے۔ قربی یا بالائی بر بالی خط پر بالیدگی اسکے بہت عرصہ بعد ختم ہوتی ہے اور قربی بر بال پوری کے ساتھ اکیسویں یا بیسویں سال کے قریب متحد ہوتا ہے۔ بر بالی خطوط کے بند ہو جانے کے بعد طول میں جو بالیدگی واقع ہوتی ہے وہ ختم ہو جاتی ہے۔ ڈگبائی (Digby) نے اندازہ کیا ہے کہ طول میں جو بالیدگی واقع ہوتی ہے وہ قربی خط پر بعدی خط کی نسبت چار گنی سرعت سے واقع ہوتی ہے۔ لہذا اگر کسی بڑھتے ہوئے بچے میں قربی خط کو ضرر پہنچ جائے تو بعدی خط کو اسی قسم کا ضرر پہنچنے کے مقابلہ میں قصہ بہت زیادہ ہوگا۔

باب سیزدہم

کہنی کا خط

سطحی تشریح - کہنی کی مقدم سطح پر تین عضلات ارتقاعات دکھائی دیتے ہیں۔

ایک اوپر کی طرف اور مرکز میں ہوتا ہے جو ذوراسین اور اسکے وتر کا متناظر ہوتا ہے اور دو نیچے کی طرف اور جانبین پر ہوتے ہیں انیس سے باہر کی طرف کا عضدی کجری عضلہ (brachio-radialis) اور مشترک باسط تودہ کا اور اندرونی عضلہ کا بہ مد مجہ (pronator teres) اور خم کن عضلات کے مشترک گروہ کا متناظر ہوتا ہے۔ یہ ارتقاعات اس طرح مرتب ہوتے ہیں کہ ذوراسین اور اسکے وتر کی دونوں طرف دو میزاب بنجاتے ہیں۔ یہ میزاب اوپر کی طرف منفرج ہو جاتے ہیں اور بیرونی اور اندرونی ذوراسینی میزابوں سے مل جاتے ہیں اور نیچے کی طرف یہ اس وتر کے نمایاں تریں حصہ پر سے ایک دوسرے سے متحد ہو جاتے ہیں۔ اور اس طرح ان سے وی (۷) کی شکل کا ایک انحناف پیدا ہو جاتا ہے (شکل ۶۹)۔ ان تقابلی کی وضاحت کا انحصار افراد کی لاغری اور انکے عضلی نمونہ پر ہوتا ہے۔ دونوں میزابوں میں سے اندر کے میزاب میں عصب وسطی، شریان عضدی، اور اسکی رفیق وریدیں پائی جاتی ہیں اور بیرونی میزاب کے نیچے عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کجری radial) عصب

اور عمیق (profunda) شریان معہ صغیر کبری باز گرد عروق کے گہرے واقع ہوتے ہیں۔ ذوراسین کا وتر بالعموم واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اسکا بیرونی کنارہ اسکی اندرونی کور کی نسبت زیادہ واضح ہوتا ہے کیونکہ ذوراسینی ردا (یعنی عضلیہ: lacertus fibrosus) اسکی موخر الذکر جانب کے ساتھ تعلق رکھتی ہے۔ اس خطہ کو مقدم جانب پر جلد کی ایک سلوٹ مستعرضاً عبور کرتی ہے اور یہ کہنی کا شکن کہلاتی ہے۔ یہ شکن خط مستقیم نہیں ہوتا بلکہ نیچے کی طرف کو محذب ہوتا ہے اور خط مفصل سے ذرا اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور اسکے باہمی سرے دونوں سرقندالی فراز است کی چوٹیوں کے مناظر ہوتے ہیں۔ کہنی کے عقبی غلوع میں ذراعیہ کانچے کا سرا اس شکن سے تقریباً ایک انچ نیچے معلوم ہوتا ہے۔ گردراعیہ کے ان کسور میں جو سرقندالوں کے عین اوپر واقع ہوں یہ شکن یا تو اس ارتفاع کے جو اوپر کے ٹکڑے کے نیچے کے سرے سے بنجاتا ہے بالمقابل ہوتا ہے اور یا اس سے نیچے ہوتا ہے۔ یہ سلوٹ بازو کی بسط کردگی میں غائب ہو جاتی ہے۔

308

وی (V) کی شکل کے نشیب کے راس پر اُس مقام کے نزدیک جہاں ذوراسین کا وتر واضح طور پر محسوس نہیں کیا جاسکتا اور اس وتر کی بیرونی جانب پر وسطی وریڈ و وسطی باسلیق وریڈ اور وسطی قیفالی وریڈوں میں تقسیم ہوتی ہے۔ نیز اسی مقام پر عمیق و وسطی وریڈ سطحی عروق سے ملتی ہے۔ وسطی باسلیق وریڈ ذوراسین کے وتر کو عبور کرتی ہوئی اور اس میزاب کے ساتھ ساتھ کم و بیش صحیح طور پر جاتی ہوئی جو اس عضلہ کے اندرونی کنارہ پر ہوتا ہے اور اندرونی (وسطانی) سرقندال سے ذرا اوپر موخر زندگی وریڈ سے ملتی ہوئی جس سے باسلیقتی تنا بنجاتا ہے دیکھی جاسکتی ہے۔ وسطی قیفالی (median cephalic) ذوراسین کے بیرونی حاشیہ پر کے میزاب میں سے گزر کر خارجی (جانبی) سرقندال کے لینول پر کبری وریڈ سے مل جاتی ہے اور اس اتحاد سے قیفالی وریڈ بنتی ہے۔

عضدی شریان اُس خط کے وسط سے جو ایک سرقندال سے دوسرے سرقندال تک کھینچا جائے ایک انچ نیچے دو حصوں میں تقسیم ہوتی ہے۔ اس کا نقطہ تقسیم کبرہ کی گردن کے بالمقابل ہوتا ہے۔

”اگر جوڑ کے سامنے پر کی مثلث فضا پر محکم دباؤ ڈالا جائے تو زند (ulna) کا اکیلل آسا زائدہ غیر واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے“ (چین: Chiene)۔ دونوں سرقندالوں کی چوٹیاں ہمیشہ محسوس کی جاسکتی ہیں۔ اندرونی سرقندال دونوں میں سے زیادہ نمایاں اور کم گول ہوتا ہے۔

ذراعیتی کبریٰ مفصل خط افقی میں ہوتا ہے۔ مگر ذراعیتی زندگی مفصل ترجحاً ہوتا ہے اور مفصلی سطیس نیچے کی اور اندر کی طرف کو مائل ہوتی ہیں۔ اسی وجہ سے خارجی سرقندال مفصلی خط سے صرف ۳۴ انچ (۱۸ ملی میٹر) اونچا ہوتا ہے۔ مگر اندرونی سرقندال کی چوٹی اس حصہ سے ایک انچ (۲۸ ملی میٹر) سے زائد اونچی ہوتی ہے (پولٹ: Paulet)۔ زند اور ذراعیتہ کے درمیان کی مفصلی سطیسوں کے میلان کا یہ نتیجہ ہے کہ بسط کردگی میں کلائی بازو کے خط مستقیم میں نہیں ہوتی۔ بلکہ اس کے ساتھ ایک زاویہ ”حادثہ“ بناتی ہے جو باہر کی طرف کو کھلتا ہے۔ چنانچہ جب کلائی سے تمام جارحہ اعلیٰ پر جڑ کا عمل کیا جاتا ہے تو کچھ قوت باسط لازمی طور پر ضائع ہو جاتی ہے۔ لہذا ایسے جڑ کو کہنی سے لگانا چاہئے، جیسا کہ دست و رزی سے کندھے کے خلع کی ترجیح کرنے میں بالعموم کیا جاتا ہے۔ دونوں سرقندالوں کے درمیان کہینچا جو خط بازو کے محور سے زاویہ قائمہ پر واقع ہوتا ہے، مگر کلائی کے محور کے ساتھ باہر کی طرف یہ اس سے چھوٹا زاویہ بناتا ہے۔ چنانچہ اگر ہم بازو پر نظر ڈالیں تو دونوں سرقندال ایک ہی لیول پر دکھائی دیتے ہیں لیکن اگر ہم انکو کلائی کی طرف سے دیکھیں تو اندرونی سرقندال خارجی زائدہ کی نسبت زیادہ اونچے لیول پر نظر آتا ہے۔

کہنی کا مفصلی خط دونوں قندالوں کی پوشیوں کے درمیان کے پورے خط کی چوڑائی کے صرف دو تہائی حصہ کے برابر ہوتا ہے (شکل ۱، صفحہ 322)۔

کہنی کی پشت پر رُج (olecranon) کا ارتقاع ہمیشہ واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ بیرونی سرقندال کی نسبت اندرونی سرقندال کے زیادہ قریب واقع ہوتا ہے۔ انتہائی بسط کردگی کی حالت میں رُج (olecranon) کی چوٹی اس خط سے ذرا اوپر واقع ہوتی ہے جو دونوں سرقندالوں کو ملاتا ہے۔ جب کلائی بازو سے زاویہ قائمہ پر ہوتی ہے تو اس زائدہ کی نوک سرقندالوں کے خط سے نیچے ہوتی ہے اور انتہائی خم کردگی میں یہ سب کا سب اس خط کے آگے واقع ہوتا ہے۔ رُج (olecranon) اور اندرونی سرقندال کے درمیان ایک نشیب ہوتا ہے جس میں زندگی عصب اور نہری (موخر) زندگی باز گرد [dorsal (posterior) ulnar recurrent] شریان پائی جاتی ہے۔

رُج (olecranon) سے باہر کی طرف اور خارجی سرقندال کے عین نیچے جلد میں ایک انخفاض ہوتا ہے جو جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ شمیم انخفاص میں یہ گڑھا دکھائی دیتا ہے۔ اور چھوٹے بچوں میں بھی نظر آتا ہے۔ اس میں کعبہ کا سر اور کعبی ذراعیتی

جوڑ (radio-humeral joint) محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور ان دونوں میں ہڈی کو پٹ اور چت حالت میں گردش دینے سے بخوبی تمیز کی جاسکتی ہے۔ یہ گڑھا اس جوف کا متناظر ہوتا ہے جو عضلہ مرفقیہ (anconeus) کے بیرونی کنارہ اور اس عضلے فراز کے درمیان واقع ہوتا ہے جو برفیہ کے دونوں کعبی باسط عضلات اور عضلہ کعبی عضلہ (brachio-radialis) سے ملتا ہے۔ ہڈی کا سب سے اونچا مقام جو اسکو گردش دینے پر محسوس کیا جاسکتا ہے کہنی کے جوڑ کے خط کے عین نیچے کعبہ کا متناظر ہوتا ہے اور یہ اس مفصل کے لئے مفید رہنما ہوتا ہے۔ کہنی کے جوڑ کی اوپر کی حد اس خط تک پہنچتی ہے جو دونوں سرفندالوں کے درمیان کیمنچا گیا ہو۔ کعبہ کا حدیبہ اگلے سر کے عین نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے جبکہ جارہ انتہائی اکباب کی حالت میں ہو۔

کہنی کی سامنے کی طرف کی جلد باریک اور نازک ہوتی ہے اور یہ کسر سندھی ہوئی پٹیوں اور جبروں کے نامناسب استعمال سے آسانی چھل جاتی ہے۔ جلد کے باریک ہونے کی وجہ سے ماتحت وریدیں اس میں سے آسانی دکھائی دے دیتی ہیں۔ مگر جس وضاحت سے یہ دکھائی دیتی ہیں اسکا انحصار زیادہ تر زیر جلدی شحم پر ہوتا ہے۔ بہت مضبوط آدمی میں یہ بعض اوقات بال دکھائی نہیں دیتیں اور فصد کے لئے جو معمولی ذرائع اختیار کئے جاتے ہیں ان سے ان کا نمایاں بنانا مشکل یا نامکن ہوتا ہے۔

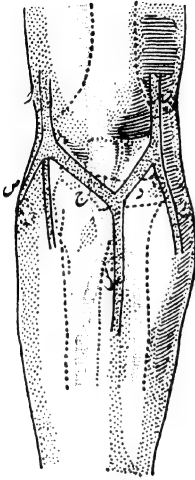
کہنی کے سامنے کی طرف کی وسطی وریدوں میں جو ایم (M) کی شکل کی ترتیب پائی جاتی ہے وہ معروف ہے۔ لیکن یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ یہ ترتیب ہمیشہ نہیں پائی جاتی (شکل ۱۹)۔

وسطی ورید و وسطی قیقال اور وسطی باسلیق وریدوں میں ذوراسین کے

وتر کے باہر کی طرف منقسم ہو جاتی ہے۔ اور اسلئے موزاں ذکر ورید اس وتر اور عضلہ ثریان اور اسکی وریدوں اور وسطی عصب کے سامنے سے گزرتی ہے۔ ان ساختوں سے یہ ذوراسین ردا کے ذریعہ سے علحدہ ہوتی ہے۔ وسطی باسلیق ورید بعض اوقات عضلہ ثریان کو دفعہ عبور کر لیتی ہے اور اس سے سوائے مقام تقاطع کے مقابلہ بے تعلق رہتی ہے یا یہ کچھ فاصلہ تک ثریان کے عین آگے سے جاتی ہے یا اسکو پہلے ہی عبور کر کے اسکے متوازی چلی جاتی ہے، مگر ممر کے زیادہ تر حصہ میں اس کا لیول مختلف ہوتا ہے۔ جہاں تک جسامت کا تعلق ہے وسطی باسلیق ان وریدوں میں سے عام طور پر سب سے بڑی ہوتی ہے۔ اسکے بعد وسطی قیقالی کا نام آتا ہے۔

اور وسطی خود تیسرے درجہ پر ہوتی ہے اور زندگی اور کبریٰ وریدیں اس سلسلہ میں سے سب سے چھوٹی

ہوتی ہیں۔ ان وریدوں میں بہت سی غیر طبعی حالتوں کے پائے جانے کا امکان ہوتا ہے اور انہیں سے نمایاں ترین اس صورت میں پائی جاتی ہیں جب کہ اس حصہ کی بڑی بڑی شریانیں بھی غیر طبعی ہوں۔ یہ اختلاف جارح کی زندگی جانب کی وریدوں میں کبریٰ جانب کی وریدوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے۔ چنانچہ کبریٰ ورید یا وسطی قیفالی ورید یا دونوں ہی عام طور پر یا تو بہت ناقص النہو ہوتی ہیں اور یا بالکل معدوم ہوتی ہیں۔ اگرچہ وسطی باسلیق ورید عضدی شریان سے علاقہ بھی رکھتی ہے لیکن فصد اور نقل الدم اور مصلوب



اور جدیرغول کے درون وریدی شریان

نسل ۶۹ - بائیں کہنی ماسنے کی طرف سے۔

۱۔ باسلیق ورید۔ ج۔ قیفالی ورید۔ ج۔ زندگی

پر وسطی باسلیق ورید کی طرف اشارہ کرتا ہے۔

۲۔ کبریٰ پر وسطی قیفالی ورید کی طرف اشارہ کرتا

ہے۔ ۳۔ کبریٰ ورید۔ ۴۔ وسطی ورید۔ ۵۔

موجود زندگی ورید۔ عضدی شریان وسطی باسلیق ورید

کے پیچھے سے گزرتی ہے اور کبریٰ کی گردن کے اندر

کی طرف کبریٰ اور زندگی شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے

کے لئے اسی ورید کو بالعموم منتخب کیا جاتا ہے۔

اسکو منتخب کرنے کے لئے مندرجہ ذیل وجوہ ہیں۔ یہ

وریدوں میں سے عام طور پر سب سے بڑی اور سب

سے نمایاں ہوتی ہے اور سطح سے قریب ترین ہوتی

ہے۔ مزید برآں یہ سب سے کم حرکت پذیر ورید ہے

اور سب سے کم اختلاف پذیر بھی ہے۔ ذرا ایسی ردا

ورید کھانی (phlebotomy) کے دوران میں

عضدی شریان کے لئے بہترین محافظ کا کام بھی

دیتی ہے۔ اس غشا کی کثافت مختلف ہوتی ہے اور اسکا انحصار زیادہ تر عضلی نوکی مقدار پر ہوتا

ہے۔ دبلے اشخاص میں وسطی باسلیق ورید کو ماتحت شریان سے بعض اوقات نبضانات وصول

ہوتے رہتے ہیں۔ ایک مشاہد کا یہ خیال ہے کہ اس ورید کی دیوار میں اکثر اتنی موٹی ہوتی ہیں جتنی کہ

بُضی (popliteal) ورید کی ہوتی ہیں۔ زندگی، کبیری اور وسطی وریدوں کی فصد کھولنے پر شاذ و نادر ہی خون کی کافی مقدار نکلتی ہے کیونکہ یہ عمیق وسطی ورید کے مقام اتصال سے نیچے واقع ہوتی ہیں اور اسلئے انہیں جاعدہ کی عمیق وریدوں سے خون نہیں آتا۔ عضدی شریان جیسا کہ خیال کیا جاسکتا ہے دورانِ فصد میں اکثر مجروح ہو چکی ہے اور جس زمانہ میں فصد کارولاج عام تھا کہنی کے خم پر شریانی وریدی انورسما اکثر بنجایا کرتا تھا۔ چونکہ بڑے بڑے عروق لف انہی وریدوں کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور نیز ورید شگافی کئے دوران میں ان میں سے بعض مجروح ہونے سے شاذ و نادر ہی بچتے ہیں اسلئے اس عمل کے لئے جو طریقہ اختیار کئے جاتے ہیں انہیں اگر صفائی کا لحاظ نہ رکھا جائے تو حاد التهاب عروق لف پیدا ہو جاتا ہے۔

داخلی جلدی (پیش بازو کا وسطی جلدی) عصب کے جو عام طور پر وسطی باسلیق ورید کے سامنے سے گزرتا ہے اس عرق سے خون نکالتے وقت زخمی ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

بازو کے داخلی میان عضلی فاصل پر اور اندرونی سرفندال کے عین اوپر ایک لمبی (فوق مرنقی: supracubital یا برکبری: epitrochlear) غدہ ہوتا ہے۔ اس میں پیش بازو کی اندرونی طرف کے بعض سطحی عروق لف داخل ہوتے ہیں اور اندر کی دو یا تین انگلیوں کے بھی اسی میں آکر ملتے ہیں۔ لمحاظ محل یہ غدہ جاعدہ اعلیٰ کے ان غدہ میں سے جو ہمیشہ پائے جاتے ہیں زیر ترین غدہ ہے۔

اسی محل پر گاہے گاہے ذراعیہ کی اندرونی جانب کی ایک بروں بالیدید پیدا ہوتی ہے۔

فوق قندالی زائده (supracondyloid process) - عضدی شریان اوئیزر وسطی مصب بھی بعض اوقات اس زائده کے نیچے سے اور اندر کی (وسطانی) جانب سے ہو کر گزرتا ہے۔

عضدی شریان (brachial artery) بازو کو زور سے خمیدہ کرنے میں یہ شریان جوڑ کے سامنے کے عضلی تودوں کے درمیان مضبوط ہو جاتی ہے اور کجری نبض میں بہت تنغیف ہو جاتی ہے اور بعض اوقات یہ بند بھی ہو جاتی ہے۔ کہنی کے خم کے انورسماؤں کا علاج جاعدہ کی خم کر دگی سے کیا جا چکا ہے، کیونکہ اس وضع سے انکے تاج پر کم و بیش بلا واسطہ دباؤ پڑتا ہے جوڑ کی پوری بسط کر دگی میں یہ شریان چھٹی ہو جاتی ہے اور کجری نبض میں تنغیف ہو جاتی ہے۔

بیش بسط کردگی میں جبکہ ممکن ہے کہ نُرَج (olecranon) بھی کمسور ہو گیا ہو۔ نبض پونچے پر بند ہو جاتی ہے۔ اس قسم کی کہنی کی جو خمیدگی کی حالت میں استوار ہو گئی تھی زور سے بسط کردگی کرنے میں عضدی نثریان نشق ہو چکی ہے۔

زندگی عصب (ulnar nerve) کا جو محل وقوع کہنی پر ہے اسکی وجہ سے

اسکے مجروح ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ یہ اندرونی سرقندال کے پیچھے سے ایک میزاب میں سے گزرتا ہے اور اسکے اوپر لیفی بافت کا ایک پل ہوتا ہے جو اسکی غیر وضعیت کو مانع آتا ہے۔ اس عصب کا اندرونی سرقندال کے سامنے سے گزرنا بھی ممکن ہے اور ایک مثال کی بھی اطلاع دی گئی ہے جس میں یہ عصب کہنی کے خمیدہ کرنے پر اس فراز کے اوپر سے پھسل کر سامنے آجاتا تھا (کواین Quain:)۔ جب زندگی عصب کو (تندگی عصب وغیرہ کے لئے) کہنی کے پیچھے سے معر کیا جاتا ہے تو یہ بعض اوقات ایک عضلہ — برکری مرفقیہ (epitrochleo-anconeus) — سے جو گاہے گاہے موجود ہوتا ہے پوشیدہ پایا جاتا ہے۔

زندگی عصب کو ضرر پہنچنے کے نتائج پر صفحہ 372 پر بحث کی گئی ہے۔

کہنی کا جوڑ (elbow-joint)۔ اس جوڑ کی طاقت کا انحصار اتنا رابطات یا

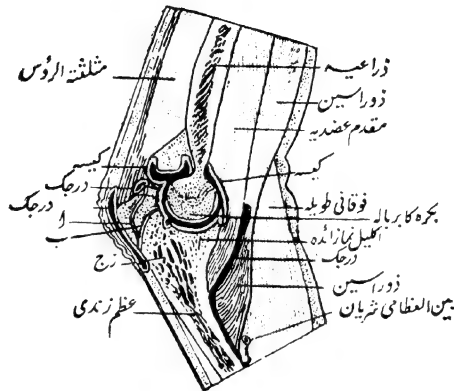
عضلات پر نہیں جتنا کہ عظمی سطحوں کی باہمی موافقت پر ہے۔ نُرَج (olecranon) اور اکلیل نما زائدہ کے تعلقات ذراعیہ سے ایسے ہیں کہ بعض وضعوں میں اس جوڑ کی قوت بہت کافی ہوتی ہے۔ چونکہ کہنی ایک خالص قبضہ دار جوڑ ہے اسلئے اس میں صرف خم کردگی اور بسط کردگی ہی پائی جاتی ہے۔ یہ حرکتیں ترجیحی واقع ہوتی ہیں لہذا خم کردگی میں کلائی اندر کی طرف کو مائل ہوتی ہے اور ہاتھ کو ترقوہ کے وسطی ثلث کی طرف لاتی ہے۔ اگر مفصلی خط میں ترچھاپن نہ پایا جاتا تو ہاتھ کو اسی طرف کے کندھے پر چپا رکھنا ممکن ہوتا۔ لیکن اس حرکت کا عمل میں لانا صرف جوڑ کے بعض استیصال کے بعد ہی ممکن ہوتا ہے، کیونکہ اس عمل میں مفصلی سطحوں کو ترچھا رخ بار دیگر نہیں دیا جاتا۔ انتہائی بسط کردگی میں چھانک زندہ اور ذراعیہ کے جانبی مستویوں کا تعلق ہے زندہ تقریباً ذراعیہ کی سیدہ میں واقع ہوتی ہے اور انتہائی خم کردگی میں دونوں ہڈیوں کے درمیان ۳۰ تا ۴۰ درجہ کا زاویہ بنتا ہے۔

جو عضلات کہنی کے جوڑ پر عمل کرتے ہیں انہیں سے بعض جراح کے لئے خاص دلچسپی رکھتے ہیں جسکی وجہ یہ ہے کہ قرب وجوار کے کسور کے علاج کے دوران میں انکو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ چنانچہ لعظمی التهاب عضلہ (myositis ossificans) کے عضلہ غضبیہ مقدم (brachialis anticus) میں پیدا ہونے کا خاص میلان پایا جاتا ہے۔ جب یہ ظاہر ہو جائے تو معالجاتی ذرائع مثلاً مالش اور منفعلی حرکات کو جن سے خراش پیدا ہوتی ہے ترک کر دینا یا انہیں کمی کر دینا ضروری ہوتا ہے اور اس سے مزید آرام کی اہمیت ظاہر ہوتی ہے۔ مزید برآں ولکمین کے وقف الدمی شلل اور تقبض (Volkman's ischæmic paralysis and contracture) کے خاص طور پر سرعت سے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے جبکہ کہنی مکمل خم کردگی کی حالت میں مضبوطی سے باندھ دیجی ہو یا کلائی پر کسکر جبرہ لگا دیا گیا ہو۔ ورم سے پٹی کے کس جانے کے خطرہ کا خیال رکھتے ہوئے جراح کو اپنی دستکاری کا ۶ سے لیکر ۸ گھنٹے گزرنے کے بعد ملاحظہ کرنا چاہیے ہیموفیلیا کے ایک مریض لوکس میں (سیسی چوائس) نے کہنی کے خلع کے بعد وقف الدمی شلل (ischæmic paralysis) کو ظاہر ہونے دیکھا ہے اور اسکے ساتھ بافتوں میں بہت سارے نئی انصباب بھی موجود تھا۔ اس واقعہ میں کوئی پٹی یا جبرہ استعمال نہیں کیا گیا تھا۔

دربکس (bursæ)۔ زرج کے اوپر کی عظیم زیر جلدی دربک اکثر کلائی یا فٹہ اوڑھتے ہو جاتی ہے (شکل ۷۰)۔ بعض پیشوں میں جنہیں کہنی پر دباؤ پڑتا ہے یہ اور بڑی ہوجاتی ہے مثلاً ”کان کنوں کی کہنی“۔ ذوراسین کے منہتی پر اسکے اور ہڈی کے درمیان ایک دربک ہوتی ہے اور اسکا جو تعلق کلائی کے اعصاب کے ساتھ ہوتا ہے وہ قابل ذکر ہے۔ مثال کے طور پر ایک واقعہ کی اطلاع ملے جس میں اس دربک میں مزمن کلائی پائی جاتی تھی اور وسطی عصب اور نہری بن العظامی اعصاب (dorsal interosseus nerves) پر اسکا دباؤ پڑنے کی وجہ سے کلائی کی قوت زائل ہو گئی تھی (ایگنیو: Agnew)۔ مثلثیہ الرؤس کے منہتی پر بھی ایک دربک ہوتی ہے (شکل ۷۰)۔

کہنی کے جوڑ کے رابطات میں سے مقدم اور موخر رابطات مقابلہ پتیلہ ہوتے ہیں اور اس مفصل کے مرض میں جوڑ کے اندر جو سیال ہوتا ہے اسکے دباؤ سے خاصکر موخر الذکر جلد جواب

دیدنیہ ہے (شکل ۷۰)۔ داخلی جانبی (زندہی جانب) رباط اس حصہ کے رباطات میں سے سب سے مضبوط اور سب سے وسیع ہوتا ہے اور یہ اپنی استواری اور وسیع چسپندی کی وجہ سے اور نیز اس لئے کہ یہ نہ صرف خم کردگی اور بسط کردگی کو ہی محدود کرتا ہے بلکہ اگر کلائی کو بازو سے باہر طرف کو



شکل ۷۔ کہنی کے جوڑ کی انتصابی تراش۔

نُج اور کبرہ کے بر بانی خطوط سرخ دکھائے گئے ہیں۔ جوڑ نصف بڑا کر دگی کی حالتیں ہے۔

۱۔ رُج کا عام کلا، نابالغ جس سے مشقتہ الرُوس پیدا ہوتا ہے۔ جب برباد ہوگا ہے گا، پایا جاتا ہے اور جس سے رُج کا بالائی ایک تہائی حصہ بنتا ہے۔ عین دو عکس دیکھا گئی تھی۔ رُج کے اوپر مشقتہ الرُوس کے منہ پر نیچے اور زور اسین کے منہ پر۔ (عصلہ بالمحلول = عقلیہ کعبہ)۔

مروڑنے کی کوشش کی جائے تو اسکو بھی محدود کرتا ہے کہنی کی ”موچوں“ میں یہ اکثر نقصان مٹاتا ہے۔ چونکہ یہ رباط رُج کے تمام اندرونی کنارہ سے جسپیدہ ہوتا ہے اسلئے اس زائدہ کے کسر کی حالت میں یہ کمزوروں کی علاجی کور کئے میں مدد دیتا ہے۔

مفصلی مرض۔ اس جوڑ کے مرض میں انصباب پہلے پھل ایک ورم کی شکل میں

نمودار ہوتا ہے جو رُج کے حاشیوں کے ارد گرد پایا جاتا ہے اور اسکی توجیہ ان امور سے ہوتی ہے کہ زلانی کہفہ یہاں سطح سے قریب ترین ہوتا ہے اور موثر رباط ڈیٹلا اور پیٹلا ہوتا ہے۔ نیز کجبری ذراعیتی مفصل کے خط پر بھی کیقدر ورم جلد ہی دیکھنے میں آ جاتا ہے اور اس مقام پر توج کا پایا جانا انصائب مفصل کو مثلثۃ الرؤس کے نیچے کی درجہ کی سادہ کلانی سے تمیز کرتا ہے عمیق ورم مقدم رباط کے پتلا ہونے کی وجہ سے جوڑ کے سامنے عضلہ عضدیہ مقدم (brachialis anticus) کے نیچے بھی محسوس کیا جاسکتا ہے اور خارجی سر قندال کے ارد گرد یہ آخر میں ظاہر ہوتا ہے۔ داخلہ (زندہی محانب) رباط کی کثافت زلانی غشا کو اندر کی طرف ابھرنے سے باز رکھتی ہے۔

جب اس جوڑ میں قیوع پیدا ہو جاتا ہے تو پیپ اوپر کی اور نیچے کی طرف ذراعیتہ اور مثلثۃ الرؤس کے درمیان چکر سطح تک نہایت آسانی سے پہنچ جاتی ہے اور اسلئے فراج کا منہ عام طور پر اس عضلہ کے کسی ایک کنارہ پر بن جاتا ہے۔ بعض اوقات پیپ سامنے کی طرف عضلہ عضدیہ کے نیچے چلی جاتی ہے اور اس عضلہ کے منہ کی قریب باہر نکل جاتی ہے۔ مرض زدہ کہنی کا میلان نصف خم کردگی کی حالت میں رہنے کی طرف ہوتا ہے اور یہ معلوم کرنا دلچسپی کا باعث ہوگا کہ یہ جوڑ اسوقت بھی یہی وضع اختیار کر لیتا ہے جبکہ اس میں زور سے اثرات کئے جائیں (برون : Braun)۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ اس جوڑ میں نصف خم کردگی کی حالت میں سیال کی سب سے بڑی مقدار سما سکتی ہے۔

کہنی کی عضلی استواری کے سلسلہ میں جو مرض کی معکوس خراش سے پیدا ہوتی ہو یہ معلوم کر لینا مناسب ہوگا کہ اس مفصل کے تمام اعصاب خاص کر عضلی مرغولی (musculo-spiral) اور عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اس پر فعل کرنے والے عضلات کو رسد پہنچاتے ہیں۔ زندہ عصب کا جو تعلق اس جوڑ سے ہے اس سے ان واقعات کی توجیہ ہو جاتی ہے جن میں اس عصب کے تفرع کے مناظر حصوں میں کلانی کے ساتھ ساتھ اور انگلیوں میں شدید دردمحسوس ہوتا ہے۔

کعبہ کا بالائی بربالہ اور ذراعیتہ کے زیرین بربالہ کا بیشتر حصہ دروں زلانی ہوتا ہے یعنی یہ جوڑ کے کیسہ کے اندر آ جاتے ہیں (شکل ۷۱)۔ زندہ بالائی بربالہ کا جو نسبتاً چھوٹا ہوتا ہے صرف کچھ حصہ ہی کیسہ کے اندر واقع ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔

کہنی کے خلوع۔ یہ بہت سے ہیں اور انکو اس طرح ترتیب دیا جاسکتا ہے۔ (۱)

کعبہ اور زند دونوں کے خلوع یا تو پیچھے کی طرف یا باہر کی طرف یا اندر کی طرف اور یا آگے کی طرف (علی الترتیب لہما ظ کثرت وقوع)۔ (۲) صرف کعبہ کے خلوع یا تو آگے کی طرف یا پیچھے کی طرف اور یا باہر کی طرف (علی الترتیب لہما ظ کثرت وقوع)۔ (۳) صرف زند کا خلوع پیچھے کی طرف۔

ان مختلف الانواع خلوع کے سلسلہ میں بعض عمومی تشریحی امور کا تہیداً بیان کرنا مناسب ہوگا۔

(ا) مقدم موخر خلوع جانبی خلوع کے مقابلہ میں بہت کثیر الوقوع ہیں۔ مقدم موخر رخ میں جو خلوع واقع ہوتے ہیں وہ زیادہ کثیر الوقوع ہیں، کیونکہ اس جڑ کی حرکتیں اسی رخ میں واقع ہوتی ہیں اور ذراعیم کی مفصلی سطح آگے سے پیچھے کی طرف کو نسبتاً چھوٹی ہوتی ہے۔ بخلاف اسکے کہنی میں لمبی طور پر کوئی جانبی حرکت نہیں پائی جاتی اور اس مفصل کا عرض ایک جانب سے دوسری جانب تک معتدبہ ہوتا ہے۔ مقدم موخر ربامات کمزور اور جانبی (مجانب) ربامات مضبوط ہوتے ہیں۔

(ب) کلیائی کی دونوں ہڈیاں اکیلی کعبہ یا اکیلی زند کی نسبت زیادہ کثرت سے مغلوع ہوتی ہیں۔ اس امر کا انحصار ایک طرف تو کعبہ اور زند کے باہمی ربامی تعلق پر ہے اور دوسری طرف ذراعیم اور کعبہ کے اس قسم کے باہمی تعلق کی عدم موجودگی پر۔ مردہ موضوع میں پیش بازو کی دونوں ہڈیوں کو مغلوع کرنا مشکل نہیں ہوتا۔ مگر کعبہ کو زند سے بافتوں کو زیادہ توڑنے یا پھاڑنے کے بغیر علیحدہ کرنا نہایت مشکل ہوتا ہے۔

(ج) اکٹھی دونوں ہڈیوں کا عام ترین خلع پیچھے کی طرف کو ہوتا ہے اور آگے کی طرف کو یہ سب سے زیادہ نادر الوقوع ہے۔ قبل الذکر حالت میں حرکت کو چھوٹا سا اکلیل نما زائدہ اور موخر الذکر میں بڑا اور خم دار زنج مزاحم آتا ہے۔ اسی قسم کے اسباب کی وجہ سے باہر کی طرف کا خلع اندر کی طرف کی غیر وضعیت سے کم نادر ہے کیونکہ ذراعیم کی مفصلی سطح اندر کی طرف سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو مائل ہوتی ہے اور اسلئے اس حصہ میں بنیادہ کا کاٹ

پیش کرتی ہے۔

(۵) اگر ایک ہی ہڈی مخلوع ہوتی ہے تو وہ بالعموم کعبہ ہوتی ہے۔
ایسا اس ہڈی اور ذراعیہ کے درمیان قابل اعتماد اتحاد موجود نہ ہونے اور کعبہ کے (جو ہاتھ کا دستہ ہے) بلا واسطہ ضرب کے زیادہ مدت تک معرض اثر میں رہنے اور نیز اسکے زیادہ حرکت پذیر ہونے سے ہوتا ہے۔ یہ خلع بالعموم آگے کی طرف کو واقع ہوتا ہے اور اسکی وہ یہ ہے کہ جس قسم کے ضربات کا رجحان اس ہڈی کو اکثر اپنی جگہ سے ہٹا دینے کی طرف ہوتا ہے اسی قسم کے ضربات کا رجحان اسکو آگے کی طرف کو کھینچنے کی طرف بھی ہوتا ہے۔ پالٹ (Paulet) اس امر پر زور دیتا ہے کہ حلقہ ناطہ رباط (annular ligament) کا موخر حصہ مقدم حصہ کی نسبت "کھینچ زیادہ موجب مزاحمت" ہوتا ہے۔ اکیلی زند کا خلع پیچھے کے رخ میں واقع ہوتا ہے اور اسکے وجوہ معلوم ہی ہیں۔

جلو اقسام کے خلوع جزوی بھی ہوتے ہیں اور مکمل بھی۔ جب یہ مقدم موخر رخ میں واقع ہوتے ہیں تو بالعموم مکمل ہی ہوتے ہیں اور جب غیر وضعیت جانی ہوتی ہے تو یہ جزوی ہوتے ہیں۔

کھینی کے خلع کی صرف انہی دو قسموں پر جو عام طور پر پائی جاتی ہیں اب ذرا تفصیل کے ساتھ بحث کی جاسکتی ہے۔

دونوں ہڈیوں کی خلفی غیر وضعیت۔ یہ جبری بسل کردگی میں واقع ہو جاتی ہے

اس میں رُج (olecranon) کی چوٹی جو ذراعیہ پر دباؤ ڈالے ہوتی ہے دوسری قسم کے بیم کے نصاب کا کام دیتی ہے جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سیننی (sigmoid) یا نیم قمری (semilunar) کٹاؤ بکرہ سے دور ہٹ جاتا ہے۔ کٹائی پر پیچھے کی یا اوپر کی سمت میں شدت کا زور پڑنے سے حقیقی غیر وضعیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس حالت کی توضیح دوڑتے ہوئے مکمل طور پر بسل کردہ ہاتھ کے بل گرنے کی مثال سے کیجا سکتی ہے۔ یہ ضرر جارح کے بعض شدید مروڑوں سے پیدا ہو سکتا ہے مائل گین (Malgaigne) کی یہ رائے ہے کہ مروڑ کی خاص قسم جو خلع پیدا کرنے کے لئے سب سے زیادہ موثر ثابت ہوتی ہے وہ ہے جبکہ کھینی کی نصف خم کردگی کی حالت میں کٹائی کو اندر کی طرف کو مروڑا جائے۔ اس طرح داخل جانی رباط پیٹ جاتا ہے اور اکیلل نما زائدہ ذراعیہ کے نیچے

319

اندر کی اور نیچے کی طرف کو بل کھسا جاتا ہے، اور اس طرح ہڈیاں پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتی ہیں۔ جو
کے مکمل طور پر خم کردہ ہونے کی صورت میں اس ضرر کا پیدا ہونا مشکل ہے۔ خلع کی مکمل حالت میں
اکلیل نما زائدہ زنجی حفرہ کے بالمقابل ہوتا ہے اور یہ اس جوف میں مشکل ہی سے داخل ہوتا ہے
(جیسا کہ بعض اوقات بیان کیا جاتا ہے) کیونکہ یہ زند اور کعبہ کے درمیانی تعلق کی وجہ سے
اور موخر الذکر کے ذراعیہ کے بیرونی سر قندال کے پیچھے نکل جانے سے اس حفرہ میں گر نہیں سکتا۔
مقدم اور دونوں جانبی رابطات بالعموم کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں اور موخر اور ملحقہ رابطات
بچ جاتے ہیں۔ ذوراسین ذراعیہ کے برین سرے پر سے کھچ جاتا ہے اور اوسط درجہ تک تنیدہ ہو جاتا
ہے۔ عضلہ عنقید بہت تنجا آتا ہے اور اکثر ٹیمپٹ جاتا ہے۔ مرفقیہ (anconeus) بھی تنیدہ ہو جاتا
ہے۔ وسطی اور زندی اعصاب بھی بعض اوقات حد سے زیادہ کھچ جاتے ہیں۔

۲۔ کعبہ کی مقدم غیر وضعیت۔ یہ ہڈی کو پیچھے کی طرف سے بلا واط

چوٹ پہنچنے یا انتہائی اکباب (pronation) یا بسط کردہ اور کتبہ ہاتھ کے بل گرنے سے
پیدا ہوتی ہے۔ مقدم خارجی اور ملحقہ رابطات پھٹ جاتے ہیں۔

کہنی کی مویج (کچی ہوئی کہنی) (pulled elbow)۔ ۵ سال سے کم عمر کے

بچوں میں جارحہ کو مطوح حالت میں زور سے کھینچنے سے بعض اوقات کعبہ ملحقہ رابطہ میں سے نیچے
کی طرف کو پھسل جاتی ہے اور یہ رابطہ اوپر کی طرف کو ہٹ جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جس کہنی کے
عضلات کو معمولی معکوس انقباض کے لئے وقت ملنے سے پیشتر ہی عمل میں آ جاتا ہے۔ لہذا جب
بچہ ہاتھ سے پکڑ کر اوپر اٹھایا جاتا ہے تو تمام وزن عضلات کی بجائے کہنی کے رابطات پر پڑتا ہے
اس قسم کے خلع کی مزاحمت کرنے والے رابطات صرف یہی ہیں، (۱) ترجھا زندی کعبی رابطہ،
(۲) ملحقہ رابطہ کے نیویرن ریشے جو سر کو پکڑے ہوئے ہیں۔ کتبہ حالت میں کہنی کو خمیدہ کرنے سے
مذکورہ رابطہ اپنے لمبی عمل پر آ جاتا ہے۔

ذراعیہ کے نیچے کے سرے کے کسور۔ یہ مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) سر قندالوں کے

میں اوپر کا ایک کسر۔ (۲) ٹی (I) کی نعل کا کسر جس میں جوڑ بھی مائوف ہوتا ہے۔ (۳) داخل

یا وسطانی اور (۴) خارجی یا جانبی قندالی حصوں کے کسور۔ (۵) اندرونی سر قندال کا کسر۔ اور (۶) نیچے کے بربالہ کے سین اوپر سے علیحدگی۔ یہ تمام کسور بچوں میں زیادہ عام ہوتے ہیں۔

۱۔ یہ کسر جو بعض اوقات "سر قندالوں کے قاعدہ پر کا کسر" کہلاتا

ہے بالعموم جفہ زُج کے ذرا اوپر جہاں ذرائع کی پوری پھیلنا شروع ہوتی ہے واقع ہوتا ہے۔ یہ عموماً ایک جانب سے دوسری جانب تک مستعرض واقع ہوتا ہے اور پیچھے سے نیچے کی اور سامنے کی طرف کو ترچھا ہوتا ہے۔ عام طور پر یہ کسی ایسی چوٹ کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہنی کے سرے پر لگی ہو۔ زُج کی نوک ہڈی میں دفعہ گھس کر شامد فانہ کے سرے کی طرح عمل کرتی ہے اور اس کسر کے پیدا کرنے میں ایک اہم فعل سر انجام دیتی ہے۔ نیچے کا ٹکڑا پیش بازو کی ہڈیوں کے ساتھ ہی ثلثہ الرؤس کی وجہ سے عام طور پر پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور اسی عضلہ اور ذوراسین اور عضلہ عضدیہ کی وجہ سے اوپر کی طرف کو اٹھ جاتا ہے۔ وسطی اور زندگی عصا کو اور بالخصوص منور الذکر کو بعض اوقات شدید نقصان پہنچتا ہے۔

۲۔ "ٹی (T) کی شکل کا کسر" قبل الذکر ضرر کی ہی ایک قسم ہے سر قندالوں

سے اوپر مستعرض کسر واقع ہونے کے علاوہ ایک انتصابی کسر بھی موجود ہوتا ہے جو جوڑے اندر تک جاتا ہے۔ چنانچہ کنگرا ارد حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ غیر وضعیت دسی ہی ہوتی ہے۔ یہ کسر عام طور پر خمیدہ کہنی کے بل گرنے سے پیدا ہوتا ہے اور یہاں بھی یہ ممکن ہے کہ نوج کا سر اسی فانہ کے طور پر کام کرتا ہو اور کسر پیدا کر دیتا ہو اور نیز زند کے ہانی کٹاؤ کے وسط پر جو نمایاں جید ہوتا ہے وہ دوسرے فانہ کا کام دیتا ہو اور جوڑے اندر تک کا مستعرض کسر پیدا کرتا ہو۔

جراحی مقاصد کے لئے یہ مناسب ہے کہ ذرائع کے بعد ہی مفصل سرے کے ہر ایک رقبہ کو جس پر سر قندال واقع ہوتا ہے قندالی حصہ کے نام سے موسوم کیا جائے۔ اگر صحیح صحیح کہا جائے تو سر قندال جوڑے کے کیسہ کے باہر واقع ہوتے ہیں اور قندالی حصے اس کے اندر تک چلے جاتے ہیں۔

۲۔ داخلی یا وسطانی قندالی حصہ کے کسر میں خط فصل بالعموم

وسطی سرقندال کی نوک کے نصف انچ اوپر سے شروع ہوتا ہے (اور اسلئے یہ جوڑ سے باہر ہوتا ہے) اور زج اور اکیلل نما حفرہ میں سے باہر کی طرف کو ترچھے رخ میں گذر کر بکری سطح کے مرکز پر سے ہوتا ہوا مفصل کے اندر داخل ہو جاتا ہے (ہیملٹن: Hamilton)۔ یہ ٹکڑا اکثر اوپر کی پچھے کی اور اندر کی طرف کو ذرا ہٹ جاتا ہے اور زندگی اس کے ساتھ ہی جاتی ہے۔

321

۴۔ خارجی یا جانبی قندالی حصہ کے کمر میں بھی خط مفصل خارجی

سرقندال کے اوپر سے اور جوڑ کے باہر سے شروع ہوتا ہے اور نیچے کی طرف کو جا کر عام طور پر بکری سطح اور اس سطح کے درمیان میں سے جو کمرہ کے لئے ہوتی ہے جوڑ میں داخل ہو جاتا ہے۔ غیر وضعیت خفیف اور تغیر پذیر ہوتی ہے۔

۵۔ خارجی سرقندال کا کمرہ کے منفرج الجسامت ہونے کی وجہ سے

شاذ و نادر ہی ممکن ہوتا ہے۔ مگر داخل یا وسطانی سرقندالوں کے سور کانی عام ہوتے ہیں اور جوڑ غیر متاثر رہتا ہے (شکل ۷)۔ یہ سرقندال ایک علیحدہ برالہ کی شکل میں موجود ہوتا ہے جو ۱۸ سال کی عمر پر متحد ہوتا ہے اور جو اس عمر سے قبل کسی وقت بھی بلا واسطہ ضرب یا شدید عضلی فعل سے علیحدہ ہو سکتا ہے۔ چونکہ یہ کثیف صفاقی ریشوں سے پوشیدہ ہوتا ہے اسلئے عریض غیر وضعیت عام طور پر واقع نہیں ہوتی اور جب یہ واقع ہوتی ہے تو یہ مشترک خم کن عضلات کی سیدھ میں ہوتی ہے جو اس زائده کی نوک سے نکلتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں زندگی عصب کو جو اس زائده کی دوسری طرف پر واقع ہوتا ہے اکثر نقصان پہنچ جاتا ہے

۶۔ نیچے کا برالہ (شکل ۷)۔ ذرا عیہ کے غضروفی زیرین سرے میں چار تعظمی مرکز ظاہر ہوتے ہیں جو مندرجہ ذیل ہیں: (۱) ایک تار کچھ (capitellum) اور بکرہ (trochlea) کے جانبی نصف کے لئے۔ ۲ ۱/۲ سال پر۔ (۲) داخل سرقندال کے لئے، ۵ سال پر۔ (۳) بکرہ کے وسطانی نصف کے لئے، ۱۰ سال پر۔ اور (۴) خارجی سرقندال کے لئے، ۱۲ سال پر۔ ذرا عیہ کے زیرین سرے کی مفصلی سطح میں یہ ایک غیر معمولی خاصہ پایا جاتا ہے کہ اس میں دربالہ کا کچھ حصہ شامل ہوتا ہے، کیونکہ موخاندہ کی ایک پٹلی سی دھجی بکرہ اور داخل

سرقندال کے درمیان حاصل ہوتی ہے۔ تارکچی، بکری اور خارجی سرقندالی مراکز تقریباً سن بلوغ پر متحد ہوتے ہیں اور ان سے مٹلی بر بالہ بنتا ہے۔ وریہ تودہ جو اس طرح طیار ہوتا ہے قسمتاً سترھویں سال پر پوری سے مل جاتا ہے۔ داخلی سرقندالی بر بالہ اٹھارویں یا انیسویں سال تک علحدہ رہتا ہے اور اسلئے بر بالی خط دو حصوں پر منقسم پایا جاتا ہے، اور اس کی تشکل بے قاعدہ ہوتی ہے۔ یہ جوڑ کے کیسے کے اندر

اور باہر دونوں طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۱)۔

اور اسکا محل اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے

جو خارجی سرقندال کے اوپر کے کنارہ سے لیکر

داخلی سرقندال کے زین بر بالہ تک کھینچا جائے۔

زین بر بالہ پوری سے ۱۱ سال کی عمر پر ملتا ہے۔

چنانچہ ۱۱ سال کے بعد بڈی کی بالیدگی کا انحصار

لازمی طور پر بالائی بر بالہ کی فعالیت پر ہوتا ہے،

جو ۲۰ سال کی عمر تک متحد نہیں ہوتا۔ لہذا سولہ

یا سترہ سال کی عمر سے پہلے کہنی کا استیصال

(excision) کرنے سے جارح کا نمونہ نہیں

ہوگا، خواہ آری بر بالی خط سے بھی تجاؤ کر گئی ہو۔

بہر کیف بہت سے ایسے واقعات کے متعلق افلاح

وصول ہوئی ہے جن میں سولہ سال کی عمر سے پہلے

نیچے کے بر بالہ کو اور بیس سال کی عمر سے پیشتر اوپر

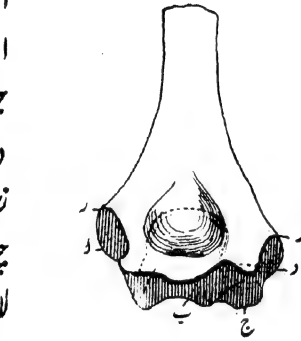
کے بر بالہ کو چوٹ آنے سے جارح کی بالیدگی نمایاں طور پر بند ہو گئی تھی۔ چونکہ بر بالی خط کا زیادہ

حصہ کیسے کے اندر ہوتا ہے اسلئے بعدنی تودہ کے علحدہ ہو جانے سے اسکے پیچھے کی طرف ذرا سرک جانا

کے علاوہ اور کوئی غیر وضعیت واقع نہیں ہوتی۔ لیکن جس حالت کو نیچے کے بر بالہ کی علحدگی کہلاتا

ہے اور وہ عام طور پر دیکھنے میں بھی آتی ہے وہ اکثر حقیقت میں بر بالی حصہ کے عین اوپر

سے پوری کا کسر ہوتا ہے۔ مگر کم عمر بچوں میں ہر ایک بر بالہ اور خامسکہ وہ بر بالہ جو داخلی سرقندال



شکل ۱۔ ذراعیہ کا زین بر بالہ پیچھے کی طرف سے۔

۱۔ داخلی سرقندال کا مرکز۔ ب۔ ج۔ د۔

متحدہ مراکز بکرہ، تارکچیہ اور خارجی سرقندال کیلئے۔

۳۔ ۴۔ بر بالی خط کیسے کی چسپیدگی سرخ

خطوں سے ظاہر کی گئی ہے۔

کے لئے ہوتا ہے حقیقی طور پر علحدہ ہو سکتا ہے۔

بالائی جارحہ کے بر بالے کہنی پر کے بر بالے اپنی اپنی ہڈی کی پوری سے

323

۱۷ سال کی عمر پر متحد ہو جاتے ہیں (سوائے خراجی قندال کی نوک کے جو ۱۸ سال کی عمر پر متحد ہوتی ہے)۔ ہڈیوں کے کندھے اور کلائی کی طرف کے سروں کے بر بالے ۲۰ سال کی عمر پر متحد ہوتے ہیں۔ تینوں ہڈیوں کی مغزی قنالیں کہنی کی طرف کو جاتی ہیں۔ ذراعیہ کی مغزی شریان عضدی شریان یا تختانی عمیق (inferior profunda) شریان سے نکلتی ہے اور کعبہ اور زند کی مغزی شریانیں مقدم بین العظامی سے نکلتی ہیں۔

زنج کے کسور ذراعیہ کے نیچے کے سرے یا زند کے اوپر کے سرے پر بلا واسطہ چٹ

لگنے سے پیدا ہوتے ہیں اور چند واقعات میں یہ شدید بالواسطہ چوٹ سے بھی ظاہر ہو جاتے ہیں۔ عضلی فعل سے کسر پیدا ہونے کی مثالیں چند ہی ہیں اور ان پر کچھ کچھ اعتراض کیا جاسکتا ہے کسر اس زائدہ کے وسط کے قریب عین وہاں جہاں یہ تنگ ہونا شروع ہو جاتا ہے نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے اور یہ بالعموم مستعرض ہوتا ہے۔ مشتتہ الرؤس کی وجہ سے جو غیر وضعیت واقع ہوتی ہے وہ اختلاف پذیر ہوتی ہے اور اس کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ اس زائدہ پر کا گرد غظمہ اور اس سے چسپیدہ رابطات کس مدت تک دریدہ ہوئے ہیں۔ زنج کا زیادہ تر نمود زند کی پوری سے ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔ مگر اس زائدہ کی چوٹی پر چھلکے کی طرح کا ایک بر بالہ بھی ہوتا ہے جو بقیہ زنج سے ۷۱ سال کی عمر پر متحد ہوتا ہے۔ گاہے گاہے ایک اور بر بالی مرکز بھی نمودار ہو جاتا ہے جس سے زنج کا بالائی ثلث لپیٹا رہتا ہے (شکل ۷۰)۔ کم عمر موضوعات میں چھلکے کی طرح کا یہ بر بالہ بعض اوقات چوٹ سے علحدہ ہو جاتا ہے، یا غضروفی زنج بقیہ ہڈی سے جدا ہو جاتا ہے۔ بالوں میں زنج کا عام کسر بر بالی خط کی متابعت نہیں کرتا۔

اکلیل نما زائدہ کا کسر ایک نہایت ہی نادر الوقوع حادثہ ہے اور

یہ بعض اوقات زند کے عقبی خلع میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ سمجھ میں آنا ناممکن ہے کہ یہ زائدہ عضلہ عضدیہ مقدم کے فعل سے کس طرح ٹوٹ جاتا ہے، در آنحالیکہ یہ عضلہ اس زائدہ پر پختی ہونے کی بجائے زند پر اس مریدہ کے قاعدہ پر پختی ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔ نیز یہ بر بالہ کی طرح بھی

علحدہ نہیں ہو سکتا، کیونکہ اسکی حیثیت بر بال کی نہیں ہے۔

کعبہ کے سر یا اس کی گردن کے کسور نادر الوقوع ہیں۔ اور یہ

824

بالعموم خلع یا دوسری سخت چوٹوں کے ساتھ ظاہر ہوتے ہیں۔ سر عام طور پر یا تو شق ہو جاتا ہے اور یا آئین ستارہ کی طرح کا کسرا یا جاتا ہے۔ اور اگر ضرر سرتک ہی محدود ہو تو یہ صرف لاشعاعوں کی مدد ہی سے تشخیص کیا جاسکتا ہے کعبہ کا بالائی بر بال تمام معلقہ نارباط کے حدود کے اندر ہوتا ہے اور سادہ ضرر میں مشکل ہی سے علحدہ ہو سکتا ہے۔ یہ غضروف کے صرف ایک قرص ہی کی حیثیت رکھتا ہے۔ اور ۷ سال کی عمر پر پوری سے متحد ہوتا ہے۔ جب اس ہڈی کی گردن ٹوٹ جاتی ہے تو نیچے کا ٹکڑے کا اوپر کا سرا عضل ذوراسین سے بخوبی اوپر کو کھینچ جاتا ہے۔

کہنی کا استیصال جزئی (resection of elbow) بہت سے

طریقوں سے کیا جاسکتا ہے اور ان تمام طریقوں میں عصب زندگی کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے اور نمایاں داخلہ سرفقدال کو صاف کرنے میں اکثر تکلیف پیش آتی ہے۔ اگر کچا تو ہڈی سے قریب رکھا جائے تو چھوٹا بڑا کوئی عرق نہیں کھٹا۔ جن عضلات میں زیادہ خلل اندازی ہوتی ہے وہ مرفقیہ (anconeus) باطنی (supinator)، عضلہ باسطہ زندیہ (extensor carpi ulnaris)، عضلہ باسطہ رنقیہ کعبیہ قصیرہ (extensor carpi radialis brevior) اور عضلہ (brachialis) ہیں۔ زنج کے اوپر کے گرد عظمہ کو اور مثلثۃ الرؤس کے وتر کے خارجی جانبی پھیلاؤ کو جو کلائی کی عمیق رواتک پہنچتا ہے بچانا نہایت اہم ہوتا ہے تاکہ یہ عضلہ بعد میں بھی بطور باسطہ کے فعل کر سکے۔ عضلہ عضدیہ کے منہی کو کاٹنے کی کبھی ضرورت نہیں ہوتی اور ذوراسین کے منہی کو کاٹنے کی اس سے بھی کم ضرورت ہوتی ہے، گو قبل الذکر کے چند ریشے زند کی بالائی سطح کو دور کرتے وقت علحدہ کئے جاسکتے ہیں۔ ان تمام حصوں پر سے جنکا استیصال جزئی منظور ہوتا ہے گرد عظمہ زیر گرد عظمی طریقہ سے با احتیاط اتار لیا جاتا ہے اور اسے محفوظ رکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے مثلثۃ الرؤس کا اثر زند پر باقی رہتا ہے اور جوڑ کی تجدید زیادہ مکمل ہوتی ہے۔ استیصال جزئی کے بعد خاصکر جب کہ یہ زیر گرد عظمی طریقہ سے سرانجام دیا جائے جوڑ کے افعال بخوبی بحال ہو جاتے ہیں۔ لیکن یہ ظاہر ہے کہ مفصل کی تشریحی تفصیل کسی طریقہ سے بھی واپس

نہیں آتیں۔ چنانچہ کامیاب عملیہ میں نیا جوڑ ذو کعبیتی (bimalleolar) شکل اختیار کر لیتا۔ اور کہنی کے جوڑ کی نسبت ٹخنے کے جوڑ سے زیادہ مشابہ ہوگا۔ ذراعیہ سے طبعی قندالوں کی جگہ دو کعبیے پیدا ہو جاتے ہیں اور انکے درمیان قعر میں زند اور کعبہ واقع ہوتے ہیں۔ زند اور ذراعیہ کے درمیان جدید رابطات پیدا ہو جاتے ہیں اور کعبہ کے لئے ایک نیا حلقہ نار باط بنجاتا ہے۔ بخلاف اسکے اگر جڑ ناگزیر ہو تو ایسے ذرائع ضرور اختیار کرنے چاہئیں جن سے تثبیت موزوں ترین زاویہ پر واقع ہو۔ تجویز سے یہ ثابت ہوا ہے کہ جاسی کہنی اس وقت مفید ترین ثابت ہوتی ہے جبکہ پیش بازو بازو پر تقریباً ۶۰ درجہ کے زاویہ پر قائم کر دیا گیا ہو۔ اس زاویہ پر ہاتھ منھ تک لایا جاسکتا ہے۔ ہاتھ حالت بطح میں ہونا چاہئے۔ اگرچہ یہ وضع نسبتاً بدنام دکھائی دیتی ہے، مگر جارحہ مبطلح حالت ہی میں زیادہ مفید ثابت ہوتا ہے۔ حالت کبنا حسب خواہش میان کتفی صدری حرکات سے حاصل کیجا سکتی ہے۔

کہنی پر بڑے بڑے اعصاب کا محل - عضل مرغولی - (musculo-spiral)

(spiral : کعبی : radial) عصب خارجی سر قندال کے سامنے عضدیہ کعبیہ (brachio-radialis) کے نیچے پایا جاتا ہے جہاں یہ موضعین النظامی (posterior interosseus) اور کعبی زیر جلدی (radial subcutaneous) شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ عصب سلمی (median) شریان عضدی کے اندرونی کنارہ پر واقع ہوتا ہے اور زندی (ulnar) عصب داخلی سر قندال کے پیچھے کے میزاب میں موجود ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 313)۔

باب چہارم پیش بازو

(THE FOREARM)

سطحی تشریح۔ یہ جارحہ اپنے بالائی نصف پر اور خاص کر بالائی ثلث پر مستعرض قطر میں مقدم موخر قطر کی نسبت زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اس مقام پر کی تراش کا خاکہ کسیندر بیضوی ہوتا ہے اور نیز یہ سامنے کی طرف سے چپٹا اور پیچھے کی طرف سے محدب ہوتا ہے۔ یہ خاکہ قوی العضلات موضوعات میں بہترین محور پر نظر آتا ہے اور اسکا انحصار زیادہ تر عضلات کے ان جانبی تودوں پر ہے جو سر قندالوں سے نیچے اترتے ہیں۔ ضعیف العضلات اشخاص میں اس جارحہ کے خاکہ کا رجحان بلند ترین حصہ پر بھی بیضوی ہونے کی بجائے مدور ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ مزید برآں عورتوں اور بچوں میں یہ جارحہ جانبی عضلی تودوں کے بہت کم نمو یافتہ ہونے اور سامنے کی اور پیچھے کی طرف جربی جمع ہونے کی وجہ سے گول ہوتا ہے۔

مضبوط موضوع میں پیش بازو کی موخر سطح کے باہر کے کنارے پر ایک ارتفاع پایا جاتا ہے جو عضلہ عضد یہ کعبریہ (brachio-radialis) اور دو کعبریہ باسط عضلات (radial extensors) سے بنتا ہے اور یہ عضلات اس کنارے کے وسط سے نیچے وتری ہو جاتے ہیں۔

اس کنارہ کے زیرین ثلث پر ایک چھوٹا سا فراز ہوتا ہے جو ترچھے رخ میں نیچے کی اور باہر کی اور آگے کی طرف کو جاتا ہے۔ یہ فراز انگوٹھے کے باسط عضلات کے گزرنے سے بنتا ہے۔ موخر سطح کے وسط پر ایک اور ارتقاع ہوتا ہے جو بیرونی (جانبی) قنڈال سے نیچے کی طرف آتا ہے اور یہ زیادہ تر باسط مشترکہ (extensor communis) سے بنتا ہے۔ اس فراز کے اندر کی طرف ایک میزاب ہوتا ہے جو بہت قوی العضلات اشخاص میں اچھی طرح سے دکھائی دیتا ہے۔ یہ زند کے موخر نظری کنارہ کو ظاہر کرتا ہے۔

327

زند شروع سے لیکر آخر تک زیر جلدی ہوتی ہے اور اسکا امتحان آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ کعبہ کا بالائی نصف حصہ آنا گہرا واقع ہوتا ہے کہ آسانی شناخت نہیں کیا جاسکتا، لیکن اس لمبی کا زیرین نصف حصہ جلد کے نیچے آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے۔

کبری شریان کا ممر اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو کہنی کے خم پر سے ذور اسین کے وتر کے بیرونی کنارہ سے لیکر کعبہ کے زائندہ ابریہ (styloid process) کے سامنے تک کھینچا جائے۔ نبض زائندہ ابریہ اور عضلہ قابضہ رسیعہ کبریہ (flexor carpi radialis) کے وتر کے درمیان محسوس کیجاتی ہے جہاں یہ کعبہ کے بعدی سرے پر ممکن ہوتی ہے۔ زندی شریان اس خط کی متابعت کرتی ہے جو خفیف سے بیرونی انفقار کے ساتھ پیش مرفعی حفرہ کے وسط سے لیکر اس خط کے وسطی اور بالائی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال تک کھینچا جائے جو اندرونی سرقنڈال کو عظم مشنگ (pisiform bone) کی کبری طرف سے ملاتا ہوا اسکے بعد یس دوسرے خط کی متابعت کرتی ہے۔ زندی عصب اس سرقنڈالی مشنگی خط کے تمام طول کا متناظر ہوتا ہے۔

ان اوتار وغیرہ کا ذکر جن کا مظاہرہ پیش بازو کے نیچے کے سرے پر کیا جاسکتا ہے پونچے کے بیان میں کیا جائیگا۔

عروق۔ کبری شریان کا اوپر کا حصہ عضلہ عضدیہ کبریہ (باطحہ طول)

کی اندر کی کور کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ گرویش بازو کے زیرین حصہ میں یہ اس عضلہ سے پوشیدہ نہیں ہوتی بلکہ اسکے وتر اور عضلہ قابضہ رسیعہ کبریہ (flexor carpi radialis) کے وتر کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اوپر سے لیکر نیچے تک اسکے گہرے تعلقات یہ ہیں: ذور اسین کا

وتر - عضل باطنی قصیر (supinator brevis) عضلہ کا بہ مدللہ کعبیہ (pronator radii teres) - عضلہ قابضہ سطحیہ اصبعیہ (flexor sublimis digitorum) کا کعبیہ سر - عضلہ قابضہ طویلہ ابهامیہ (flexor longus pollicis) عضلہ کا بہ مدللہ کعبیہ (pronator quadratus) اور کعبیہ - اسکے خط کے اوپر شکاف دیگر اور عضلہ عضدیہ کعبیہ کو باہر کی طرف ہٹا کر اسے آسانی سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔

زندگی شریان (ulnar artery) اُس خط کی متابعت کرتی ہے جس کا ذکر

پہلے کیا جا چکا ہے۔ اپنے بالائی ایک تہائی ترچھے حصہ میں یہ عضلہ کا بہ مدللہ کعبیہ (pronator radii teres) کے دونوں سروں کے نیچے گہری چلی جاتی ہے! اور یہاں یہ عصب وسطی سے اس عضلہ کے گہرے سر سے علیحدہ ہوتی ہے۔ اس کے بعد یہ عضلہ قابضہ اصبعیہ عمقیہ (flexor profundus digitorum) کے اوپر سے اور عضلہ قابضہ رسنیہ کعبیہ (flexor carpi radialis)، عضلہ راحیہ طویلہ (palmaris longus) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ (flexor sublimis digitorum) کے نیچے سے گذرتی ہے۔ نیچے کا انتصابی دو تہائی حصہ عضلہ قابضہ رسنیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کے نیچے ہوتا ہے، سوائے اس حصہ کے جو پہونچنے کے قریب ہوتا ہے اور جو عضلہ قابضہ رسنیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ ان عضلات میں سے قبل الذکر اندر کی طرف اور موخر الذکر باہر کی طرف ہوتا ہے۔ زندگی عصب اس شریان کے زیرین دو تہائی حصہ کی اندرونی طرف کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔

کعبیہ اور زندگی شریان کے درمیان نفہم نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے اور یہ انکے تقریباً تمام ممروں میں پایا جاتا ہے۔ لہذا ایسا اکثر ہوتا ہے کہ زلف کو بند کرنے کے لئے کٹے ہوئے عرق کے دونوں سروں کا باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

پیش بازو کی موخر (ظہری) جانب پر بڑے بڑے عروق اور اعصاب کا ایک خالص فقدان پایا جاتا ہے، اور یہ اس لحاظ سے ایک معنی خیز امر ہے کہ جارحہ کی یہی جانب ضرر کے لئے سب سے زیادہ معرا رہتی ہے۔ زنج سے نیچے کف دست کے برابر چوڑے حصہ پر سطحی وریڈین تقریباً مکمل طور پر غائب ہوتی ہیں۔

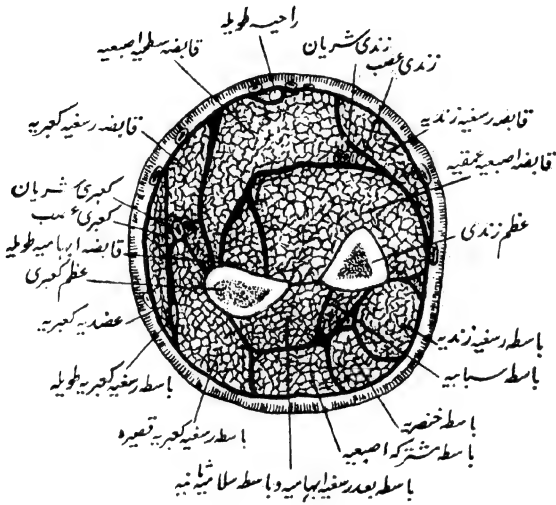
وسطی عصب عضلہ کا یہ مدلیجہ (pronator teres) کے عضدی اور زندگی

سروں کے درمیان سے گزرتا ہے۔ پونہچے پر یہ عصب عضلہ قابضہ رنغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ (flexor digitorum sublimis) کے وتروں کے درمیان پایا جاتا ہے۔ اور عضلہ راحیہ طولیہ (palmaris longus) کے وتر سے جو اسکا محل معلوم کرنے کے لئے ایک مفید رہنما کام دیتا ہے یہ گہرا واقع ہوتا ہے۔ اس عصب کو ضرر پہنچنے سے جو تغیرات پیدا ہوتے ہیں انکا ذکر صفحہ 376 پر کیا گیا ہے۔

پیش بازو کی ہڈیاں۔ جارحہ کے مختلف لیولوں پر تراش کاٹنے سے بیٹا ہر

ہوتا ہے کہ کعبہ اور زند اسکے تمام حصوں میں راحی جانب کی نسبت ٹھہری جانب کے زیادہ قریب ہوتی ہیں (شکل ۷۲ و ۷۳)۔ تراش جتنی بلند ہوگی یہ تعلق اتنا ہی نمایاں ہوگا۔ جارحہ کے وسطی ثلث کے نرین یا اسکے بعدی سرے کے قریب دونوں ہڈیاں اسکے مرکز کے زیادہ قریب ہوتی ہیں۔ پیش بازو کے بالائی یا قریبی حصہ پر عضلات زیادہ تر اطراف پر یا سامنے کی طرف پائے جاتے ہیں۔ تراش جتنی بعدی ہوگی ہڈیاں اطراف پر اتنی ہی کم پوشیدہ ہونگی اور نرم حصے جارحہ کی راحی اور ٹھہری جانبوں پر اتنی ہی زیادہ مساوات سے منقسم ہونگے۔ یہ بھی دیکھنے میں آئے گا کہ جہاں ایک ہڈی زیادہ موٹی ہے وہاں دوسری زیادہ پتلی ہے، جیسا کہ کہنی اور پونہچے کے قریب ہوتا ہے۔ نیز جارحہ کے وسط پر دونوں ہڈیاں مضبوطی میں ایک دوسرے کے تقریباً برابر ہوتی ہیں۔ دونوں ہڈیوں کے اور خاص کر زند کے جارحہ کی ٹھہری جانب کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے انکا امتحان اس طرف کی سطح سے آسانی کیا جاسکتا ہے اور اسی جانب سے ہڈیوں کے اتصالات جزئی اور دوسرے عملیات نہایت آسانی سے سرانجام دئے جاسکتے ہیں مزید برآں اس سے یہ بھی سمجھ میں آگیا ہوگا کہ مرکب کسور میں ٹکڑوں کے باہر نکل آنے سے جو زخم پیدا ہوتا ہے وہ عام طور پر جارحہ کی ٹھہری جانب پر ہی واقع ہوتا ہے۔ الکباب (pronation) اور بطح (supination) کی اہم حرکتیں انہی ہڈیوں کے درمیان اس محور پر واقع ہوتی ہیں جو اس خط کا تناظر ہوتا ہے جو کعبہ کے سر اور زند کے بعدی سرے اور جھگی کی بعد رنغی ہڈی میں سے گزرتا ہو۔ انتہائی الکباب میں کعبہ زند پر سے ترچھی گزرتی ہے اور مقام تقاطع پر دونوں ہڈیاں

ایک دوسرے سے تقریباً مس کرتی ہیں اور بین العظامی غشتا کے نیچے کے ریشے اور زہری کجری زندگی رباط تننا ہوتا ہے۔ "بطح (supination) کے روکنے میں کسی رباط کو حقیقی دخل قطعاً حاصل نہیں ہوتا بلکہ یہ حرکت کجرو کے زندگی کٹاؤ کی موخر کور کے عضل باسطہ رسغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کے وتر سے مس کرنے سے کرتی ہے جو زند کے زائدہ ابریہ اور اس کے گول سر کے درمیان



شکل ۲۔ پیش بازو کے وسط میں سے مستعرض تراش۔

(برٹون: Braune کے مطابق)

390 واقع ہوتا ہے" (سر- ایچ مورس: Sir H. Morris) دونوں حرکتوں میں بطح (supination)

زیادہ قوی ہوتا ہے اور بہت سی مثالوں سے اسکی توضیح ہوتی ہے۔ بیچ کش یا برے کا استعمال کرتے وقت بطح اور اکباب کی دونوں حرکتیں نمایاں طور پر عمل میں آتی ہیں لیکن اصلی طاقت کا استعمال حالت بطح ہی میں کیا جاتا ہے۔ یہ امر بھی معنی خیز ہے کہ گاہ بیچ کامرغولہ اس طرح بنا ہوتا ہے کہ وہ حرکت اکباب کی بجائے حرکت بطح ہی سے اندر جاتا ہے۔

صرف ایک ہی وضع ہے جس میں دونوں ہڈیاں آپس میں تقریباً متوازی ہوتی ہیں

اور یہ بطح کی حالت ہے۔ مزید برآں اگر سختی واقع ہو جائے تو حالت اکباب یا وسطی حالت کی نسبت حالت بطح میں تثبیت ہونے سے باز و زیادہ کار آمد ثابت ہوتا ہے۔ اسی لئے پیش بازو کے بہت سے کسور کو درست کرنے کے لئے یہی وضع منتخب کیجاتی ہے۔ بین العظامی فضا اہلیجی شکل کی ہوتی ہے اور نیچے کی طرف یہ اوپر کی طرف سے ذرا بڑی ہوتی ہے۔ مکمل اکباب میں تنگ ترین ہو جاتی ہے اور بطح میں یہ سب سے زیادہ چوڑی ہوتی ہے، اور وسطی حالت میں بھی یہ اتنی ہی چوڑی ہوتی ہے۔

یہ معلوم ہونا چاہئے کہ ترچھے کعبی زندگی رباط کا میلان ان توتوں کی مزاحمت کرنے کی طرف ہوتا ہے جو کعبہ کو ذراعیہ سے دور کھینچتی ہیں۔ یہ ذراعیہ سے کعبہ کی طرف کو جاتا ہے اور یہ بمنزلہ ایک بلا واسطہ رباط کے ہے اور اسی کا فعل سر انجام دیتا ہے اور بین العظامی رباط اپنے ریشوں کے ترچھے پن کی وجہ سے زندگی کعبہ کے اس بار کے برداشت کرنے میں شریک ہونے پر مجبور کرتا ہے جبکہ یہ ہڈی اوپر کی طرف کو دھکیلی جا رہی ہو جیسا کہ ہتھیلی کے سہارے سے آرام کرنے یا اس سے دھکیلنے کی حالت میں ہوتا ہے۔

۳۳۱ کلائی کے کسور - کعبہ یا زندگی علیہ علیحدہ ٹوٹنے کی نسبت اکثر اکٹھی ٹوٹتی

ہیں۔ جب کعبہ اکیلی ٹوٹتی ہے تو ایسا بالعموم کسی بلا واسطہ ضرب سے ہوتا ہے، کیونکہ وہ تمام صدمے جو ہاتھ سے منتقل ہوتے ہیں کم و بیش مکمل طور پر اس تک پہنچتے ہیں۔ عکس اس کے زندگی اکثر بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹتی ہے کیونکہ یہ دونوں ہڈیوں میں سے زیادہ سطحی اور زیادہ معرا ہوتی ہے، مثلاً سر کی چوٹ کو روکنے کے لئے جب بازو اوپر اٹھایا جاتا ہے تو زندگی سب سے اوپر ہوتی ہے۔ قدیم مصریوں میں جو کلہاڑی چلانے کے بہت دلدادہ تھے زندگی کے بعدی سرے کا کسر بہت عام تھا، جیسا کہ ایلین سمٹھ (Elliot Smith) اور وڈ جونز (Wood Jones) کی تحقیقات سے ہمیں معلوم ہوا ہے۔ جب دونوں ہڈیاں اکٹھی ٹوٹتی ہیں تو چوٹ بعض اوقات بلا واسطہ ہوتی ہے اور بعض اوقات بلا واسطہ۔ جب دونوں ہڈیاں ٹوٹتی ہیں اور کسور ترچھے ہوتے ہیں تو قابض اور باسط عضلات کے متحدہ فعل سے قصہ پیدا ہو جاتا ہے۔ غیر وضعیت بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے اور عضلی فعل کی نسبت زیادہ تر ضرب کی سمت پر منحصر ہوتی ہے۔ اگر اتحاد آجل ہو تو تاخیر بالعموم کعبہ میں پائی جاتی ہے، کیونکہ دونوں ہڈیوں میں سے یہی

زیادہ حرکت پذیر ہوتی ہے۔

جب اکیلی کعبہ (۱) ذوراسین اور عضلہ کا بہ مدلمجہ (pronator teres)

کے منتہاؤں کے درمیان ٹوٹی ہے تو ذوراسین اوپر کے ٹکڑے کی خم کردگی پیدا کر دیتا ہے اور یہ اور عضلہ باطمحہ قصیرہ (supinator brevis) اسکو مکمل بطح کی حالت میں لے آتے ہیں۔ نیچے کے ٹکڑے کو دونوں عضلات کا بہ اکباب کی حالت میں لے آتے ہیں اور اسے کھینچ کر زند کی طرف لے آتے ہیں۔ اگر ایسا کمر اس طرح باندھا دیا جائے کہ ہاتھ اکباب اور بطح کی حالتوں کے عین درمیان ہو تو مندرجہ ذیل خرابیاں پیدا ہونگی۔ اوپر کا ٹکڑا ان عضلات کی وجہ سے مکمل بطح کی حالت میں رہتا ہو اور نیچے کا ٹکڑا جمیروں کی وجہ سے وسطی وضع میں رہتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ ہڈی کا اصلی محور بار دیگر قائم نہیں کیا جاتا اور ذوراسین اور عضلہ باطمحہ کا فعل بطور عضلات باطمحہ کے باطل زائل ہو جاتا ہے۔ چنانچہ جن مریضوں کا علاج اس طریقہ پر کیا جائے انہیں صحت ہونے پر قوت بطح بہت حد تک زائل ہو جاتی ہے۔ اور اس نتیجہ سے اتنا زکرنے کے لئے جارحہ کو مکمل بطح کی حالت میں باندھا جائے تاکہ دونوں ٹکڑے اپنے مناسب محور پر متحد ہو سکیں۔ اوپر کا ٹکڑا ان عضلات سے مکمل بطح کی حالت میں ہوتا ہے اور نیچے کا جمیروں سے اس حالت میں رہتا ہے۔

332

(۲) جب کمر دونوں عضلات کا بہ کے منتہاؤں کے درمیان واقع ہو تو ذوراسین اور عضلہ کا بہ مدلمجہ اوپر کے ٹکڑے کو ذرا آگے کی طرف کو کھینچ لیتے ہیں اور موخر الذکر عضلہ اسکو زند کی طرف کھینچ لیتا ہے۔ نیچے کے ٹکڑے کو عضلہ کا بہ مربعہ (pronator quadratus) زند کی طرف مقرب کر دیتا ہے اور اسکا اوپر کا سرا عضلہ عضلہ کعبہ کے زائدہ ابرہ پر فعل کرنے کی وجہ سے اس ہڈی کے اور بھی زیادہ قریب آ جاتا ہے۔ عضلہ کا بہ مدلمجہ (pronator teres) کا جو فعل اوپر کے ٹکڑے پر ہوتا ہے اس پر ذوراسین کی قوت باطمحہ اس حد تک غالب آ جاتی ہے کہ قبل الذکر کمر کا فعل کسی شمار ہی میں نہیں آتا اور اس حالت میں بھی مکمل بطح کی حالت میں جمیروں سے باندھا جاتا ہے۔

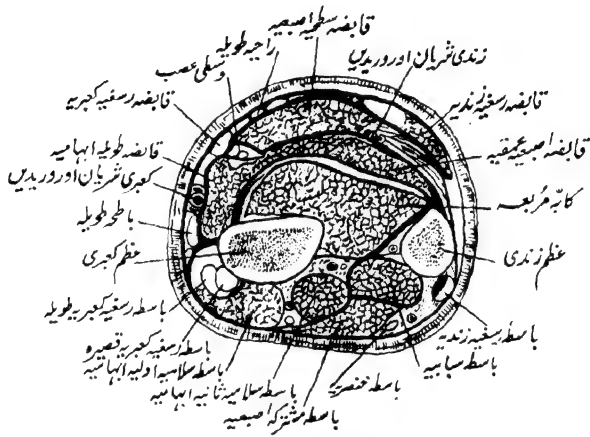
جب اکیلی زند ٹوٹی ہے مثلاً جب کمر تقریباً وسط میں واقع ہو تو عضلہ عضلہ قریبی

ٹکڑے کو بعض اوقات ذرا آگے کی طرف کو کھینچ لیتا ہے اور عضلہ کا بہ مربعہ (pronator quadratus) نیچے کے ٹکڑے کو کعبہ کی طرف کو لے آتا ہے۔

بہر کیف غیر وضیعت تمام حالتوں میں جتنی ضرب کی سمت سے متاثر ہوتی ہے اتنی ہی عضلات کے فعل سے بھی ہوتی ہے۔

جب ایک یا دونوں ہڈیوں کے کسر کے بعد ٹکڑے اندر کی جانب کو اس قدر ٹل جاتے ہیں کہ بین الغضامی فضا کو عبور کر کے ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں تو شکستہ سروں کو

388



شکل ۳۰۔ پیش بازو کی نیچے کے ایک تہائی حصہ میں سے متعرض تراش۔
(برون: Braune کے مطابق)

علمیہ کرنے اور فضائے مذکور کو سلامت رکھنے کے لئے بعض اوقات درجہ دار گدیوں سے کوشش کی جاتی ہے۔ لیکن اگر ان گدیوں کو اتنا کس کر باندھ دیا جائے کہ ٹکڑے علمیہ رہیں تو یہ جارح کی ایک یا دونوں شریانوں کو مضبوط کر دیں گی اور ولکمین کا وقف الدمی

تقبض (Volkman's ischaemic contracture) پیدا کر دیں گی جو عضلات کی رسد خون کے ضغط کی وجہ سے بند ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔ انجام کار عضلات میں تقبض اور

ذبولی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں اور وہ اس طرح بے کار ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت عضلات کے کسی گروہ میں بھی پیدا ہو سکتی ہے بشرطیکہ ان پر شدید اور مسلسل دباؤ ڈالا جائے، جیسا کہ پیٹیوں کے حد سے زیادہ کس کر باندھینے یا کہنی یا گھٹنے کو انتہائی خم کر دگی کی حالت میں بہت عرصہ تک رکھ چھوڑنے سے پیدا ہوتا ہے۔ جمیروں اور پیٹیوں کے غیر مناسب استعمال سے کسور کا علاج کرنے میں جو تہج جارہے میں فوراً نمودار ہو جاتا ہے اسکی پیدائش کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ وریدی خون کا زیادہ تر حصہ سطحی وریدوں کے ذریعہ سے واپس جاتا ہے۔

شکل ۴۳ سے حصوں کا جس طرح کہ یہ پیش بازو کے بعدی ثلث پر کے مدور بتر میں کاٹے جاتے ہیں تعلق ظاہر کیا گیا ہے۔

باب پانزدہم

پوہنچا اور ہاتھ

(THE WRIST AND HAND)

سطحی تشریح۔ پوہنچے پر مندرجہ ذیل ساختوں کی شناخت کیجا سکتی ہے۔ کعبہ کی طرف سے شروع کر کے کعبہ کا نیچے کا سرا اور زائیدہ ابریہ اچھی طرح سے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ یہ ہڈی یہاں پرانگے کی اور پیچھے کی جانب پر سطحی ہوتی ہے اور مذکورہ زائیدہ ابریہ زند کے قنطرة زائیدہ کی نسبت زیادہ تر راجی جانب کی طرف واقع ہوتا ہے۔ اور نیز یہ ہاتھ کی طرف کو تقریباً ۱/۲ انچ زیادہ نیچے اترتا ہوتا ہے۔ کالس کے کسر (Colles's fracture) کی تشخیص کرنے میں یہ امر عظیم الالہیت ہے، کیونکہ اس حادثہ میں زوائیدہ ابریہ اکثر ایک ہی لیول پر آجاتے ہیں۔

پوہنچے پر کعبہ کی بیرونی یا جانبی سطح پر سے عضلہ مبعده ابہامیہ طویلہ (abductor longus pollicis) اور عضلہ باطلہ ابہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) کے وتر گزرتے ہیں۔ جب انگوٹھا تبعید کی حالت میں ہوتا ہے تو یہ بہت نمایاں ہوتے ہیں اور دونوں کے درمیان کا درز نما وقفہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔

پوہنچے کی راجی جانب پر اسکے وسط کے قریب عضلہ راجیہ طویلہ (palmaris longus)

کا وتر ہوتا ہے اور یہ ان تمام اوتار سے جو بور کی اس جانب پر واقع ہوتے ہیں عام طور پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ جن پونہچوں کا امتحان کیا گیا ہے انہیں سے تقریباً ۱۰ فیصد میں یہ غائب پایا گیا ہے۔ جب پونہچا ذرا ختم کردہ ہوا اور انگلیاں اور انگوٹھا بسط کردگی کی حالت میں ہوں، اور فرازات ابہام و مختصر حتی الامکان ایک دوسرے کے قریب ہوں تو یہ بہت نمایاں ہوتا ہے۔ اس سے ذرا باہر کی طرف عضل قابضہ رسنغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) کا وتر ہوتا ہے جو جسامت میں بڑا کر کم واضح ہوتا ہے۔ ان دونوں وتروں کے درمیان جو تنگ میزاب ہے اس میں عصب وسطی واقع ہوتا ہے اور عضل قابضہ رسنغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) کی کعبی جانب پر کعبی شریان جاتی ہے۔ رفیق وریدی اس شریان کے گردا گرد ہوتی ہیں اور جب یہ متدد ہو جاتی ہیں تو نبض کی نوعیت کو بدل دیتی ہیں (ہل Hill)۔ بعض اوقات سلمیٰ اجمی (superficial volar) زیادہ اونچے مقام سے نکلتی ہے اور معمول کی نسبت بڑی ہوتی ہے اور کعبی کے ساتھ ساتھ پونہچے کے سامنے کیرطف سے گزرتی ہے۔ اس حالت میں یہ نبض کے حجم کو زیادہ کر دیتی ہے اور ”نبض مضاعف“ (double pulse) کے پیدا ہونے کا سبب ہوتی ہے۔ پونہچے کے زندگی کنارے کی طرف عضل رسنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کا وتر عظم مشگلہ (pisiform bone) کی طرف آتا ہوا نمایاں طور پر دکھائی دیتا ہے۔ جب پونہچا خفیف سا خم کردہ ہو اور چھنگلی ہتھیلی کی طرف کو زور سے دبائی ہوئی ہو تو یہ نہایت واضح ہوتا ہے۔ اس وضع میں جو گرلھا موخر الذکر وتر اور عضل راحیہ طویلہ (palmaris longus) کے درمیان پایا جاتا ہے اس میں عضل قابضہ سطحیہ (flexor sublimis) کا وتر ہوتا ہے اور عضل قابضہ رسنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کی عین کعبی طرف کو زندگی شریان کے ضربات محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ پونہچے کی راحی سطح کی بوٹی جلد کے نیچے وریدوں کے ایک ضعیفہ کا کچھ حصہ نظر آتا ہے جو وسطی (median) اور راحی (volar) زندگی تنوں پر جا کر ختم ہوتی ہیں۔ زندگی عصب ایک میزاب میں واقع ہوتا ہے جو عظم مشگلہ کی کعبی جانب پر ہوتا ہے۔

335

پونہچے کی پشت پر سے مستعصا گزرتے وقت مندرجہ ذیل خصائص (شکل ۷۷) آسانی دکھائی دیتے ہیں خاص کر جبکہ انگوٹھے اور انگلیوں کی زور سے بسط کردگی اور تبعید کی گئی ہو۔ مسطہ (tabatière) یا تشکی ناسانی (anatomical snuff box) جو ایک عمیق جوف ہے (دیکھو صفحہ 339) اگلی طرف سے عضل مبعده ابہامیہ طویلہ (abductor longus pollicis)

اور عضل باسط ابہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) کے وتروں سے جو قریب طور
مقرب ہوتے ہیں محدود ہوتا ہے اور پونچے کی طرف سے یہ عضل باسط ابہامیہ طویل (extensor
longus pollicis) (عضل باسط سلامیہ ثانیہ: extensor secundi internodii) کے
بہت نمایاں وتر سے محدود ہوتا ہے۔ یہ وتر ایک چھوٹے سے نمایاں عظمی ارتفاح کی طرف رہنمائی کرتا
ہے جو کعبہ کی پشت پر واقع ہوتا ہے اور یہ اس عظمی میزاب کے بیرونی کنارہ کی نشان دہی کرتا ہے
جس میں یہ وتر پایا جاتا ہے۔ کعبہ پر پہنچ کر یہ وتر اسکی ٹھہری سطح کے وسط کو ظاہر کرتا ہے اور
زورقی (navicular) (سفینیہ: scaphoid) اور قمری (lunate) (نیم قمری: semilunar)
ہڈیوں کے درمیانی فاصلہ کو تنہیاً ظاہر کرتا ہے۔ دو اور وتر بھی دکھائی دیتے ہیں مگر وہ اتنے نمایاں طور
پر نظر نہیں آتے۔ یہ عضل باسط مشترکہ (extensor communis) اور عضل رستغیب زندیہ
(extensor carpi ulnaris) کے وتر ہیں۔

زندہ کانچے کا سرا بہت نمایاں ہوتا ہے۔ جب ہاتھ بطح کی حالت میں ہوتا ہے تو اس کا
زائدہ ابریہ پونچے کی وسطانی ٹھہری سطح پر عضل باسط رستغیب زندیہ (extensor carpi ulnaris)
کی وسطانی جانب منتشر ہوتا ہے مگر حالت اکباب میں زائدہ کم نمایاں ہو جاتا ہے اور اسکا سر
پونچے کی پشت پر نمایاں طور پر نکلتا ہے اور یہ عضل باسط رستغیب زندیہ (extensor carpi
ulnaris) اور عضل باسط خنصریہ (extensor digiti quinti) کے وتروں کے درمیان

336

کعبی رستغی جوڑ (پونچے کا جوڑ)۔ زندہ کے زائدہ ابریہ کی نوک پونچے

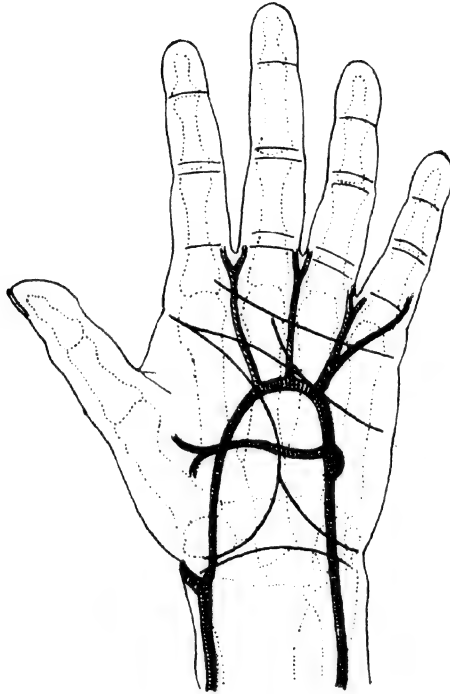
کے جوڑ کے خط کی متناظر ہوتی ہے اور اگر اس مقام کے نیچے چاقو داخل کیا جائے تو یہ اس
مفصل میں داخل ہو جائے گا۔ اگر کعبہ کے زائدہ ابریہ کی عین بعدی طرف پر چاقو افقی سمت میں
داخل کیا جائے تو وہ سفینیہ (scaphoid) سے ٹکرائے گا۔ اگر دونوں زوائد ابریہ کے درمیان
خط کھینچا جائے تو وہ نیچے کی اور باہر کی طرف کو مائل ہوگا اور اسکے دونوں سرے کعبی رستغی
جوڑ کے انتہائی تحتانی حدود کو ظاہر کریں گے اور ایک کافی حد تک اس قوس کے وتر کے متناظر
ہونگے جو اس جوڑ کے خط سے بنتی ہے۔ زوائد ابریہ کا درمیانی خط پونچے کی محراب کی چوٹی سے
نصف انچ پرے ہوگا۔

پونچے کی کئی جانب کی جلد میں بہت سے شکن ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعدی نمایاں ترین ہوتا ہے۔ یہ نیچے کی طرف کو ذرا محدب ہوتا ہے اور عظم کبیر (os magnum) عظم تار کی (capitate bone) کی گردن کو تیسری بعد رسنی ہڈی کے لفظ میں ٹھیک ٹھیک کاٹتا ہوا گزرتا ہے (ٹکاو: Tillaux) اور پونچے کے جوڑ کی محراب کی بعدی جانب پر یہ ہم انچ سے ذرا کم فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ رسنی بعد رسنی جوڑ سے یہ تقریباً ۱ انچ کے فاصلہ پر قریبی جانب کی طرف واقع ہوتا ہے اور مستعرض رسنی (مقدم حلقہ نما) رباط کو یہ ایک کافی صحیح حد تک ظاہر کرتا ہے (شکل ۷۸ صفحہ ۳۴۷)۔

ہاتھ کی کئی سطح

ہوتی ہے مقعر ہوتی ہے۔ ہتھیلی کے اس گڑھے کا خاکہ تقریباً مثلث نما ہوتا ہے اور اس کا راس باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ اس کی ایک طرف فرار ابہام اور ایک طرف فراز خنصر ہوتا ہے۔ قبل الذکر ارتفاع کے قریبی سرے پر کعبی زائیدہ ابریہ کی بعدی اور وسطانی جانب پر ایک عظمی مریمیہ نحسیس کیا جاسکتا ہے، جو سفینیہ (scaphoid) کے درنہ اور عظم منحرفہ (trapezium) (کثیر الزوایا کبیر: multiangulum majus) کے اوپر کے حید سے بنتا ہے (شکل ۷۸)۔ ہڈی کے ان دونوں زائیدوں کے درمیان جو وقفہ ہوتا ہے وہ ہمیشہ معلوم نہیں ہو سکتا۔ فراز خنصر کے قریبی سرے پر عظم مشنگ (pisiform bone) کا مریمیہ ہوتا ہے اور اس کے عین نیچے کلاب نما ہڈی (unciform) (خلفانی: hamate) زائیدہ شناخت کیا جاسکتا ہے ہتھیلی کے گڑھے کی بعدی جانب پر اور چاروں انگلیوں کی درمیان گھٹائیوں کے مقابل تین چھوٹے چھوٹے ارتفاعات دیکھنے میں آتے ہیں خاص کر قریبی سلامیات بسطہ کی دگی کی حالت میں ہوں اور وسطی اور بعدی سلامیات خم کردہ ہوں۔ یہ اوتار قابضہ کے درمیان کی شیمی یافت اور کئی صفق کی اصبعی دھبوں کے متناظر ہوتے ہیں اور جو میزاب ان ارتفاعات کو علیحدہ کرتے ہیں وہ انہی دھبوں کے متناظر ہوتے ہیں۔ جب ہاتھ بند کیا جاتا ہے تو ہتھیلی میں بعض خاص جھریاں یا شکن نمودار ہو جاتے ہیں۔ بسطہ کردہ ہاتھ کی ہتھیلی میں یہ جھریاں لکیروں کی شکل میں ظاہر ہوتی ہیں بیکار لوگوں نے خوش اعتماد اشخاص سے انکی بدولت بہت بیجا فائدہ اٹھایا ہے۔ لیکن جراح کے لئے یہ گہری ساختوں کے لئے صرف سطحی رہنماؤں کا کام دیتی ہیں۔ انہیں سے دو جھریوں۔ قریبی مستعرض اور بعدی مستعرض۔

کا رخ مستعرض ہوتا ہے (دیکھو شکل ۷۴) جب انگلیوں کو ہتھیلی پر خم کیا جاتا ہے تو یہ دونوں بھریا شجکوں کی شکل اختیار کر لیتی ہیں۔ دوجے شجک کبریٰ ترچھا اور زندگی ترچھا (جو اکثر



شکل ۷۴۔ ہتھیلی کے سطحی نشانات۔

موٹے سیاہ خطوط ہتھیلی کے خطوط کو ظاہر کرتے ہیں۔ کبریٰ اور زندگی شریانوں کا اختتام دکھایا گیا ہے، جو سطحی اور عمیق راسی مھراؤں پر جوتا ہے۔

موقوف ہوتے ہیں) اسوقت نمایاں ہوتے ہیں جبکہ انگوٹھا انگلیوں کے مقابل لایا جائے یا انکی طرف خم کیا جائے۔ قریبی مستعرض شکل ہتھیلی کے وسط کو عبور کرتا ہوا سطحی کئی مھراب کے انحذاب کی نشاندہی کرتا ہے۔ بعدی مستعرض شکل پانچویں پوٹھی اور تیسری بعدی سنی ہڈیوں کی گردنوں پر سے گزرتا ہے اور ہاتھ کی زندگی طرف کے تین اصابع کے زلابی علاقوں کی ابتدا کو

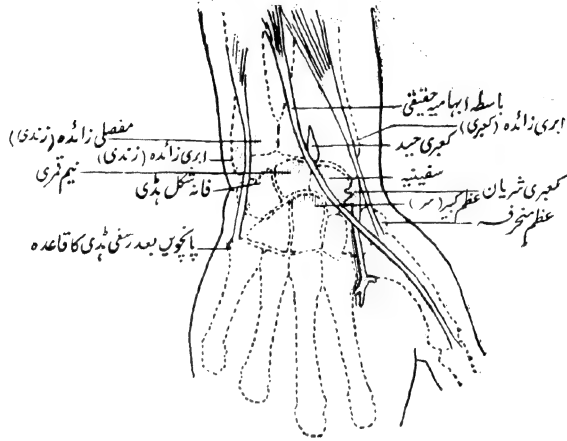
کسی حد تک نما ہر کرتا ہے۔ بعدی مستعرض خط کے متناظر لیول پر کئی صفاق (palmar aponeurosis) (ردا: fascia) چار دھبیوں میں تقسیم ہو جاتا ہے، اور اس شکن اور انگلیوں کی درمیانی جلد کے عین درمیان بعد رسنی سلامی (metacarpo-phalangeal) جوڑو واقع ہوتے ہیں۔ انگلیوں کی قابض طرف پر جو تین مستعرض خط ہوتے ہیں ان سے قریبی بعد رسنی سلامی جوڑ سے ۳/۴ انچ آگے (بعدی جانب کی طرف) واقع ہوتا ہے۔ انگشت اشاریہ اور چھٹکی پر کئی خط مفرد ہوتا ہے لیکن وسطیٰ اور بنصر پر کا ڈھرا ہوتا ہے۔ انگلیوں کے وسطیٰ اور بعدی خط میان سلامی شکن ہیں۔ سب انگلیوں کے وسطیٰ خطوط دبے ہوتے ہیں اور قریبی میان سلامی جوڑوں کے عین بالمقابل واقع ہوتے ہیں (شکل ۷۴)۔ بعدی شکن مجرد ہوتے ہیں اور متناظر جوڑوں کی ذرا بعدی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ انگوٹھے پر دو مجرد لکیریں ہوتی ہیں، جو دونوں جوڑوں کی متناظر ہوتی ہیں۔ قریبی لکیر بعد رسنی سلامی جوڑ پر سے ترچھے رخ میں گزرتی ہے۔

سطحی راحی محراب (superficial volar arch) ہتھیلی پر سے ایک خمیدہ خط کھینچنے سے ظاہر کیا جاسکتی ہے جو عظم مشنگ سے شروع کر کے انگوٹھے کے کئی کنارہ کی سیدھ میں آگے بڑھا دیا جاتا ہے جبکہ انگوٹھا انگشت اشاریہ سے زاویہ قائمہ پر باہر کی طرف کو تنہا ہو۔ عمیق محراب سطحی کی نسبت پونچھے سے ۱/۲ تا ۱/۳ انچ زیادہ قریب ہوتی ہے اور اس کے محل کی نشاندہی اس خط سے کی جاتی ہے جو پانچویں بعد رسنی ہڈی کے قاعدہ سے لیکر دوسری بعد رسنی ہڈی کے قاعدہ تک کھینچا جائے اور یہ دونوں مقامات باسانی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ راحی اصبعی شریانیں انگلیوں کی گھائیوں کی قریبی جانب پر ان سے ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر دو دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہیں۔

ہاتھ کی گہری سطح۔ جب انگوٹھا باسط کر دگی کی حالت میں ہو تو ہتھیلی کی کعبری

جانب پر عضلہ ممتدہ ابہامیہ طویل (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ ابہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) اور عضلہ باسطہ ابہامیہ طویل (extensor longus pollicis) کے درمیان ایک گڑھا دکھائی دیتا ہے۔ فرانسیسی مصنفین نے اس گڑھے کو ”قشری مسط“ (tabatière anatomique) کے نام سے موسوم کیا ہے (شکل ۷۵)۔ کعبری شریان اس گڑھے کو عبور کرتی ہے اور مذکورہ بالا اوتار کے نیچے ہوتی ہے۔ لہذا یہ گہری

واقع ہوتی ہے اور کعبی رسی جوڑکے خارجی جانبی رباط پر پائی جاتی ہے۔ اسکے بعد یہ سفینیہ (scaphoid) اور عظم منحرفہ (trapezium) کے اوپر سے نیچے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور انجام کار پہلی بین العظامی فضا میں سے پہلے بین العظامی عضلہ کے سروں کے درمیان سے گزر کر



شکل ۵۔ پونچے کی ظہری جانب کے اہم سطحی نشانات۔

عضلہ باسط ابہام حقیقی (ext. prop. poll.) = عضلہ باسط ابہامیہ طویلہ (ext. long. poll.)
عظم زورقی (navicular) = سفینیہ (scaphoid) - عظم کبرا (os magnum) = عظم تارکی
(os capitatum) عظم نیم قری (semi-lunar) = عظم قری (os lunatum) - فانہ شکل ہڈی (cuneiform)
= عظم مثلثیہ الزوایا (os triquetrum) -

عمیق کفنی محراب کی کھوپ میں بیشتر حصہ لینے کے لئے آگے کی طرف کو نکل جاتی ہے۔ جلد کے نیچے اس فضا پر بالعموم ایک بڑی ورید دکھائی دیتی ہے۔ یہ انگوٹھے کی قیفالی (cephalic) ورید ہے۔ مزید برآں جلد کی کعبی عصب (cutaneous radial nerve) کی انتہائی شاخ کی جانبی قسمت بھی اس فضا کو عبور کرتی ہے۔ ”ماس دانی“ (snuff box) کے فرش پر عظم سفینیہ اور عظم منحرفہ واقع ہوتی ہیں۔ عضلہ باسط ابہامیہ طویلہ (extensor longus pollicis) پہلی بین العظامی

فضا کے راس کو عبور کرتا ہے۔ انگوٹھے کی سسمانی ہڈیاں اور نیز عظم مخوفہ اور پہلی پس رستی ہڈی کے درمیان کا جوڑ بخوبی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ موضوع الذکر مفصل ناس دانی کے فرش پر واقع ہوتا ہے۔

ہاتھ کی پشت پر مختلف اوتار اور اوپری وریدیں صاف صاف شناخت کی جاسکتی ہیں۔ پہلی اور دوسری بعد رستی ہڈیوں کے درمیان پہلا لہری (dorsal interosseous) عضلہ ہوتا ہے اور جب انگوٹھا انگشت اشاریہ کے ساتھ دبا کر ملا دیا جاتا تو یہ ایک نمایاں فرار کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ انگلیوں کی کانٹھوں کی تینوں قطاریں مختلف جوڑوں کی قریبی ہڈیوں سے بنتی ہیں گریہ جوڑوں کے خطوں کی تناظر نہیں ہوتیں، جو پہلے انچ زیادہ نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اگر لہر افزاؤں کو دیا جائے تو بعد رستی سلامی جوڑ پر بتر کرتے وقت پوشش ناکافی رہ جاتی ہے۔ انگلی کے تینوں جوڑ اپنی تناظر کانٹھوں سے فرداً فرداً $\frac{1}{4}$ و $\frac{1}{4}$ و $\frac{1}{4}$ انچ نیچے ہوتے ہیں (جیکبسن - Jacobson):

۱۹۱

841

ہتھیلی اور انگلیوں کے سامنے کی طرف کی جلد موٹی اور کثیف ہوتی ہے اور ہاتھ کی پشت کی جلد بہت باریک ہوتی ہے۔ ہتھیلی اور انگلیوں کی سامنے کی اور جانبی اطراف اور اخیر کے سلامیات کی لہری جانب پر بال اور دہنی غدود قطعاً موجود نہیں ہوتے۔ لہذا یہ حصے ان امراض سے مبرا ہیں جو شعری جرابوں اور ان کے زوائد پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ ہاتھ کی اور سلامیات کی قریبی اور وسطی قطاروں کی پشت پر بہت سے بال اور دہنی جرابات پائے جاتے ہیں۔ غدود عرقیہ کسی دوسرے حصہ کی نسبت ہتھیلی کی جلد میں زیادہ کثیر تعداد میں پائے جاتے ہیں۔ سپی (Sappey) کے مطابق انکی تعداد دوسرے حصوں کے غدود کی نسبت چار گنا ہوتی ہے۔ کراوس (Krause) نے اندازہ لگایا ہے کہ ہتھیلی کے ایک مربع انچ پر ۲۸۰۰ غدود عرقیہ کھلتے ہیں۔ ہاتھ کی پشت پر اس تعداد کا تقریباً نصف پایا جاتا ہے۔

ہاتھ کی جلدی عصبی رسد بہت کثیر ہوتی ہے اور پائینی کے جام (Pacinian bodies) جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت ہاتھ میں کہیں زیادہ کثرت سے موجود ہوتے ہیں۔ لمبی حساسیت سوائے زبان کی نوک کے جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ حساس ترین حصہ انگشت اشاریہ کے بعد ی یا ناخن سلامیہ کی کئی سطح ہوتی ہے اور ہاتھ کی پشت لمبی اثرات کے لئے سب سے کم حساس ہوتی ہے۔ انگلیوں کے سرے حس لمس کے لئے کلائی کے وسطی حصہ کی

جلد کی نسبت جو لمبی اثرات کے لئے جلد کے سب سے کم حساس حصوں میں سے ہے تیس گنا زیادہ حساس ہوتے ہیں۔

ہاتھ کی سامنے کی طرف کی اور خاص کر ہتھیلی کی زیر جلدی بافت قلیل المقدار اور کثیف ہوتی ہے اور یہ چاندنی کی زیر جلدی بافت سے ان امور میں کیس قدر مشابہ ہوتی ہے کہ جلد اس سے قریبی طور پر منقسم ہوتی ہے اور جو چربی اس میں موجود ہوتی ہے وہ چھوٹے چھوٹے ٹکٹوں میں جو حفرہ زوں میں واقع ہوتے ہیں مرتب ہوتی ہے۔ جلد جلدی رابطات سے ہتھیلی اور انگلیوں کی نکیروں پر بستہ ہوتی ہے۔ لہذا ہتھیلی اور انگلیوں کی مقدم جانب پر پہنچ اور خون کی زیر جلدی اسکا بہت کم ورتعلق ہوتا ہے۔ لہذا ہتھیلی اور انگلیوں کی مقدم جانب پر پہنچ اور خون کی زیر جلدی وعادریوں کا پیدا ہونا تقریباً ناممکن ہوتا ہے، مگر لہر پر یہ وسیع ہوتی ہیں ہتھیلی کی جلد کی کثافت کی وجہ سے اسکا التهاب نہایت درد نغیز ہوتا ہے۔ مگر لہر کی ہتھیلی ڈھالی بافتوں کا التهاب بعض اوقات زیادہ درد پیدا کرنے کے بغیر ہی کسی حد تک ترقی کر جاتا ہے۔

ہتھیلی میں دباؤ اور رگڑ کے اثرات کا مقابلہ کرنے کے لئے بخوبی موافقت پائی جاتی ہے بشرطہ موٹا ہوتا ہے اور جلد منقسم ہوتی ہے اور اسکے عین نیچے کثیف کئی صفاق واقع ہوتا ہے جو کئی اعصاب اور بڑے بڑے عروق کی کافی حد تک حفاظت کرتا ہے اور یہ ضروریہ درکنہ چاہئے کہ ہاتھ کا اگلا حصہ اور خاص کر ہتھیلی سطحی وریدوں سے خاص طور پر مبرا ہوتی ہے۔ ہاتھ سے جو خون واپس جاتا ہے اسکا بیشتر حصہ حقیقتہً انگلیوں اور ہاتھ کی لہری جانب پر کی وریدوں کے ذریعہ سے واپس جاتا ہے۔ اسی طرح ہتھیلی کے عروق لف جن سے ایک کثیر العروق زیر جلدی ضفیہ طیار ہوتا ہے ہاتھ کی پشت پر کے بڑے بڑے دراکر عروق لف سے ملتے ہیں۔

ناخن کی شکل مختلف افراد میں کیس قدر مختلف ہوتی ہے اور بعض ثنائی امراض میں بھی متغیر

ہو جاتی ہے۔ لبقراطی ہاتھ (Hippocratic hand) وہ ہاتھ ہوتا ہے جس میں انگلیوں کے سرے گزرنکل ہوتے ہیں اور ناخن بہت خمیدہ ہوتے ہیں۔ بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے یہ حالت وریدی خون کی واپسی میں رکاوٹ پیدا ہونے اور خون کی ناقص آکسیجن رسی (oxygenation) سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ اکثر خلقی عارضہ قلب، دق، دیبل (empyema) اور پیچیدہ طول کے دوسرے مزمن حواریں اور بعض مدداری نورسائوں میں پائی جاتی ہے۔ التهاب کی بہت سی قسمیں ہیں جو

ناخن کے قالب (matrix) اور اسکے ارد گرد کے متصلہ نرم حصوں پر اثر انداز ہوتی ہیں (ناخن کی گدی کا التهاب: onychia اور داحس: paronychia)۔ اس قسم کے التهابات اس ساخت کی بدشکلی کا باعث ہوتے ہیں۔ جب کوئی ناخن قلع یا چوٹ سے گر جاتا ہے تو نیا ناخن پیدا ہو جاتا ہے بشرطیکہ کچھ عمیق مرحلہ خلیات باقی رہ گئے ہوں۔ مرض کے بعد کے زمانہ نقیہیت میں ناخنوں پر ایک متعوض میزاب پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ میزاب ناخن کے اس حصہ کو طار کرتا ہے۔ جو دوران مرض میں بنا تھا اور اس کا خیال رکھنے سے ناخن کی رفتار بالیدگی کا اندازہ کیا جاسکتا ہے۔ ناخن فی ہفتہ $\frac{1}{16}$ انچ کی اوسط رفتار سے بڑھتا ہے اور اگر ہاتھ کی حرکت جیروں سے روک دیا جائے تو ناخن کی بالیدگی کم ہو جاتی ہے (ہیڈ: Head)۔ ہر ایک اصبعی عصب سے ایک خاص عظیم الجسامہ شاخ ناخن کے نیچے کے لباب کو جاتی ہے اور اس کثیر عصبی رسد اور اس حصہ میں پھیلنے کی قابلیت موجود نہ ہونے سے اس شدید درد کی توجیہ ہوتی ہے جو ناخن کے نیچے کسی جسم غریب کے گھسنے سے پیدا ہوتا ہے۔

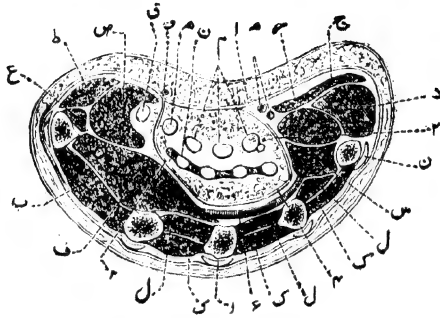
کفّی ردا (palmar fascia) یا صفاق (aponeurosis) متصیلی کی
جلد کے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ اسکی کثافت اور اسکا کڑاپن اور اعصاب اور عروق کی عدم موجودگی اس میں دباؤ برداشت کرنے اور ماتحت ساختوں کی حفاظت کرنے کی صلاحیت پیدا کرتی ہے اور اسکے ملائم ہونے سے حرکت آزادانہ طور پر واقع ہوتی ہے۔ یہ تین حصوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ ایک جانبی اور ایک وسطانی جو علی الترتیب فرازا بہام اور فراز خضف کا غلاف ہوتے ہیں (شکل ۷۶)، اور ایک وسطی جو زیادہ بڑا ہوتا ہے اور متصیلی کے زیادہ تر حصہ کی پوشش ہوتا ہے اور اس سے ہر ایک انگلی کو دھچھیاں جاتی ہیں۔ ہر ایک دھچی سے ریشے ٹھکڑا کرتا ہے اور اس کے اصبعی غلاف

جلد اور مستعرض رابطے سے جاملتے ہیں (نیز دیکھو صفحہ 337)۔ جو مرض دو پیرین کے انقباض

(Dupuytren's contraction) کے نام سے موسوم ہے اس میں کفّی ردا کا وسطی حصہ اور خاصکر اصبعی دھچھیاں منقبض ہو جاتی ہیں۔ بنصر اور خضف میں انقباض خصوصیت کے ساتھ اور برب سے پہلے نمودار ہوتا ہے قریب اسلامیہ تحصیل کی طرف کھپا ہوتا ہے اور اسکے بعد دوسرا اسلامیہ خمیدہ ہو جاتا ہے اور بعض اوقات اسکی خم کردگی اس حد تک پہنچ جاتی ہے کہ قریب میان سلامی جوڑ میں

خلع واقع ہو جاتا ہے (ہچکینسن: Hutchinson) - تجربہ سے یہ ظاہر ہے کہ اس ردا کو کیٹینچ سے قریبی سلامیہ کو آسانی سے خمیدہ کیا جاسکتا ہے اور وسطی سلامیہ کی خم کردگی بھی کیجا جاسکتی ہے مگر اتنی آسانی سے نہیں۔ (کفنی ردا کا درمیانی حصہ عضلہ راحیہ طویلہ: palmaris longus)

344



شکل ۷۶ - فرازاتِ اہام و خنصر کے وسط میں سے ہاتھ کی افقی تراش۔

(ٹیلو : Tillaux)

- (۱) بعد رشتی ہڈی - ج - پہلا نلہری بین العظامی - ج - عضلہ راحیہ قصیرہ - د - عضلہ سبحدہ خنصریہ - ع - عضلہ قابضہ
 قصیرہ خنصریہ - س - عضلہ مقابلہ خنصریہ - ص - عضلہ قابضہ اہامیہ قصیرہ - ط - عضلہ سبحدہ اہامیہ قصیرہ -
 ع - عضلہ مقابلہ اہامیہ - ف - عضلہ مقربہ اہامیہ - ق - عضلہ قابضہ اہامیہ طویلہ - ک - نلہری بین العظامی مضللہ -
 لی - راحی بین العظامی عضلات - م - عضلہ قابضہ سطحیہ - ن - عضلہ قابضہ عمقیہ - و - سطحی راحی شلخ (مشریان) -
 ۸ - عصب وسطی اور (ایک اندر کی طرف) زندگی شریان اور عصب - ۶ - عمیق راحی محراب - ا - کفنی ردا - ۲ - بیرونی فاصلہ -
 ۳ - اندرونی فاصلہ - ۴ - ہتھیلی کی عمیق ردا -

کے وتر کو ظاہر کرتا ہے) - اس مرض میں جلد کی طبی چسپیدگیاں جو ماتحت ردا کے ساتھ ہوتی ہیں حد سے زیادہ تنیدہ ہو جاتی ہیں اور جلد میں تقریت (dimpling) ظاہر ہو جاتی ہے - جو کہ کفنی ردا کے درمیانی حصہ کے نیچے موجود ہوتا ہے وہ جانبین پر بند ہوتا ہے مگر نیچے اور اوپر کی طرف کھلا ہوتا ہے - اوپر کی طرف ایک آزاد فترت موجود ہوتا ہے جو ملتقنا بالہ کہہ کر نیچے

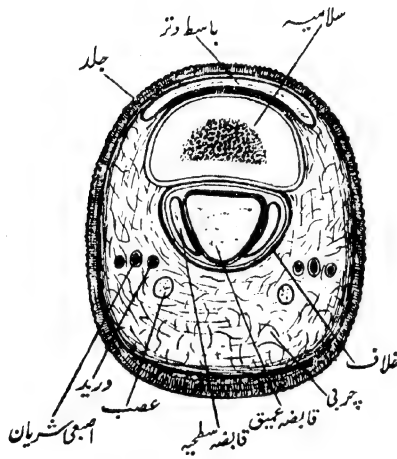
پایا جاتا ہے اور قابض اوتار کے ساتھ ساتھ کلائی میں چلا جاتا ہے اور نیچے کی طرف سات راستے ہوتے ہیں جو کئی ردائے انقسام سے بنے ہوتے ہیں۔ ان سات راستوں میں سے چار مختلف انگلیوں کی جڑ پر واقع ہوتے ہیں اور انہیں سے قابض اوتار گزرتے ہیں اور بقیہ تین انگلیوں کی درمیانی جلد کے تناظر ہوتے ہیں اور انہیں سے عضلات قطنیہ (lumbricales) اور اصبعی عروق اور اعصاب گزرتے ہیں۔ لہذا جب ہتھیلی میں کئی ردائے نیچے پیپ بنتی ہے تو یہ کثیف غشا میں سے آگے کی طرف نہیں آ سکتی بلکہ یا تو انگلیوں کے ساتھ ساتھ چلی جاتی ہے اور یا اوپر کی طرف پونچھ میں چلی جاتی ہے۔ کئی ردائے سخت مزاحمت پیش کرتی ہے کہ محسوس پیپ اپنا راستہ بین العظامی فضاؤں میں سے بنا لیتی ہے اور ہتھیلی کے غلافوں میں سے نکلنے کی بجائے ہاتھ کی پشت پر نکل آتی ہے۔

کئی خراج کھولنے وقت جبکہ اسکا منہ پونچھے سے اوپر بنا ہوا ہو، شکاف
پیش بازو کے طویل محور میں دینا چاہئے اور یہ مستعرض رسنی (مقدم حلقہ نما) رباط سے اوپر ہونا چاہئے اور شکاف عضلہ راجیہ طویل کی اندر کی طرف دینا نہایت مناسب ہوتا ہے کیونکہ اس مقام پر شکاف دینے سے زندگی اور کبریٰ ثریا میں اور نیز وسطیٰ عصب بھی محفوظ رہتا ہے۔
پونچھے کے اوپر کے رباطات مستعرض رسنی اور ظہری رسنی (حلقہ نما) رباطات سے بستہ ہوتے ہیں اور انہی سے اپنی اپنی جگہ پر قائم رہتے ہیں یہ مستعرض رسنی رباط اس قدر کثیف ہوتا ہے کہ ہتھیلی کے وسیع خراجات میں بھی جو پیش بازو تک پہنچ گئے ہوں اور اسکے نیچے سے وتری زلابی غلافوں کے شدید تمدد میں بھی یہ راستہ نہیں دیتا۔ ظہری رسنی رباط کانچے کا کنارہ مستعرض رسنی رباط کی اوپر کی کور کا تناظر ہوتا ہے۔

قابض اوتار کے لبنی غلاف بعد رسنی سلامی جوڑوں سے لیکر بعدی سلامی کے قریب سروں تک پھیلے ہوتے ہیں۔ لہذا بعدی یا ناخن سلامیہ کا لباب (pulp) بالکل مگر درمیان پر ہی متکثر ہوتا ہے۔ انگلیوں کے جوڑوں کے مقابل پر یہ غلاف ڈھیلے ڈھالے اور جانبین پر ایک ہوتے ہیں اور بعض اوقات غلافوں کے تھیلی ریشوں کے درمیان ایسی فضاں رہ جاتی ہیں

جن میں سے زلابی فٹسا جو غلافوں کا استر ہوتی ہے بروز کر آتی ہے۔ یہی وہ مقام ہے جہاں پر پیپ کے اس غلاف میں سے نکل آنے کا امکان ہوتا ہے۔ باقی مقامات پر غلاف کثیف اور استوار ہوتے ہیں اور کاٹنے پر بالکل کھلے رہتے ہیں (شکل ۷۷)۔ چنانچہ غلاف کو کاٹنے کے بعد جیسا کہ برتر میں کیا جاتا ہے ایک کھلا مجری باقی رہ جاتا ہے جو ہتھیلی کے اندر تک جاتا ہے اور اگر عملیہ تراش کے

346



شکل ۷۷۔ پہلے سلا میہ کے وسط پر سے افقی تراش۔

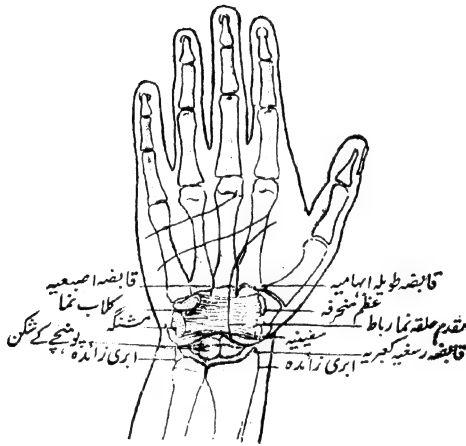
(نو: Tillaux کے مطابق)

حاد درجہ میں کیا جائے تو یہ پیپ کے اس حصہ تک منتشر ہونے کو نہایت آسان بنا دیتا ہے۔ اور اگر ایسی غلاف بالکل پڑھوتے ہیں۔ جہاں وتر غلاف میں داخل ہوتا ہے وہاں وتر پر کسی عقدہ نما بالید کے پیدا ہونے یا غلاف کی تنگی اور وتر کی عدم یکسانیت موجود ہونے سے ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو ”انگشت گرتنگی“ (snap finger) یا ”لبلی انگلی“ (trigger finger) کے نام سے موسوم ہے۔ ایسی انگلی کی حسب مرضی بسط کر دی نہیں کیجا سکتی لیکن جب اسکو ہاتھ سے ذرا پیچھے کی طرف ہٹایا جاتا ہے تو یہ جیسی چاقو کے پھل کی طرح کھٹ کی آواز سے اپنی جگہ پر آ جاتی ہے۔“

(ایسے: Abbe)۔

چھنگلی کا خلقی انقباض "خفیف سی مقدار میں خاص کر لڑکیوں میں بہت عام ہوتا ہے۔
نمایاں واقعات میں قریبی سلامیہ پیش بسط کردہ ہوتا ہے اور درمیانی خم کردہ ہوتا ہے۔ اسی قسم کے
واقعہ میں لاکٹ وڈ (Lockwood) نے یہ دریافت کیا تھا کہ یہ حالت جوڑ کے سامنے کے لمبی غلاف

347



شکل ۷۸۔ پونچے کا مقدم حلقہ نارباط اور پونچے اور ہاتھ کے زلابی غلاف۔ ہاتھ کی
لیکیریں سیاہ خطوں سے ظاہر کی گئی ہیں۔ زلابی غلاف سرخ دکھائے گئے ہیں۔
مقدم حلقہ نارباط = مستعرض منحنی۔ کلاب نما (unciform) = عظم حلقاف
(or hamatum)

کے انقباض سے پیدا ہوئی تھی۔ داس کے بعد انگلی میں جو انقباض واقع ہوتا ہے وہ اتار کے
اپنے اپنے غلافوں سے منضم ہو جانے سے پیدا ہوتا ہے۔

زلابی تاجہ جات اور غلاف متعرض رسی رباط کے نیچے اتار قابض کے لئے

دو زلابی تاجہ ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک عضلہ قابض طولی ابراہیم (flexor longus pollicis)
کے لئے ہوتا ہے اور دوسرا عضلات قابض سطحیہ اور عرقیہ کے لئے (شکل ۷۸)۔ قبل الذکر پیش بازو میں

اس رباط سے ۱/۲ انچ اوپر تک جاتا ہے اور اس کے وتر کے ساتھ ساتھ عضلہ کے منہی تک پہنچ جاتا ہے جو انگوٹھے کے آخری سلامیہ پر ہوتا ہے۔ موخر الذکر مستعرض رباط سے ۱/۲ انچ اوپر سے شروع ہوتا ہے، اور چاروں انگلیوں کے عطفات میں اکڑ ختم ہوتا ہے۔ چھنگلی کے لئے جو زائد ہوتا ہے وہ بالعموم عضلہ قابضہ عمیقہ کے منہی تک جاتا ہے جو ناخن سلامیہ پر ہوتا ہے۔ بقیہ تین عطفات تناہ بعد رسنی ہڈیوں کے تقریباً نصف پر جا کر ختم ہو جاتے ہیں۔ انگشت اشاریہ وسطیٰ اور بنصرہ کے اوتار کے اصبعی حصہ کے جو زلابی غلاف ہوتے ہیں وہ اوپر کی طرف بعد رسنی ہڈیوں پر جا کر ختم ہوتے ہیں۔ چنانچہ یہ غلیظ زلابی تاجہ سے جو مستعرض رسنی رباط کے نیچے ہوتا ہے تقریباً ۱/۲ تا ۱ انچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں۔ لہذا انگوٹھے اور چھنگلی کے سروں سے ایک کھلا مجری شروع ہو کر کلائی میں پونہ بیچے سے ۱/۲ انچ اوپر تک جاتا ہے۔ اس ترتیب سے اس مشہور و معروف امر کی توضیح ہوتی ہے کہ انگوٹھے اور چھنگلی کے خراجوں سے کلائی کے خراج پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ مگر بقیہ انگلیوں میں تعیق واقع ہونے کے بعد ایسی پیچیدگی عام طور پر پیدا نہیں ہوتی جہاں عضلات قابضہ کا زلابی تاجہ سخت اور کڑے مستعرض رسنی رباط کے نیچے سے گزرتا ہے وہاں یہ تنگ ہو جاتا ہے، اور اس لئے ایسا بھی دیکھنے میں آتا ہے کہ جب یہ تاجہ سیال یا پیپ سے متع ہو جاتا ہے تو اسکا خاکہ شیشہ ساعت (hour-glass) کے خاکہ کی طرح کا ہوتا ہے اور شیشہ ساعت کی کمر اس رباط کی تناظر ہوتی ہے۔ اس رباط کے نیچے کے دونوں زلابی تاجے بعض اوقات ایک دوسرے سے ربط و راہ رکھتے ہیں۔ عضلہ قابضہ منیکریہ (flexor carpi radialis) کا وتر مستعرض رسنی رباط کے منہی کو جو عظم منحرفہ (trapezium) پر پایا جاتا ہے منقبت کرتا ہے۔ اسکے ارد گرد ایک زلابی غلاف پایا جاتا ہے (شکل ۷۸)۔

داحس (whitlow) کی غلافی قسم میں جس میں پیپ انگلیوں کے وترو

کے زلابی غلافوں میں موجود ہوتی ہے، انگشت اشاریہ وسطیٰ اور بنصرہ کے ماؤف ہونے کی حالت میں تعیق اکثر اختتام غلاف پر دفعہ ختم ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے، یعنی تناظر بعد رسنی ہڈیوں کی گردن کے بالمقابل داحس کی ایک اور قسم (انگلی کے سرے کے لباب کا خراج) میں تیسرے سلامیہ کا در عظمہ باسانی متاثر ہو جاتا ہے کیونکہ اس ہڈی پر کوئی حائل وتری غلاف موجود نہیں ہوتا ہے۔ اس عارضہ میں ہڈی اکثر متخز ہو جاتی ہے اور باہر نکل آتی ہے۔ لیکن

تمام سلامیہ شاذ و نادر ہی تباہ ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے قاعدہ کے اوپر کا حصہ بالعموم صحیح و سالم رہتا ہے، اور یہ غالباً عضلہ قابضہ عمیقہ کے منہ کی وجہ سے محفوظ رہتا ہے۔ اس ہڈی کا قاعدہ ایک برالہ ہوتا ہے جو پوری سے اٹھا رویں یا بیسویں سال تک متحد نہیں ہوتا۔

داحسوں کے کھولنے کا طریقہ تشریحی نقطہ نگاہ سے اس قدر اہم ہے کہ

اسکا ذکر کر دینا یہاں مناسب ہوگا۔ زیر بشری اور زیر جلدی قسم میں جو انگلی کی گدیوں میں اتار کر چسپیدگیوں سے آگے واقع ہوتی ہے کوئی خاص تشریحی خطرہ نہیں ہوتا۔ لیکن زیر ناخن اور غلافی قسموں میں دقیق پیش آتی ہیں۔ جب ناخن کے نیچے پیپ جمع ہو جائے تو صرف ناخن کا دور کر دینا ہی عموماً کافی نہیں ہوتا، بلکہ جلد کے وی (V) کی شکل کا حصہ جو ناخن کے قاعدہ کے اوپر لٹک رہا ہو کاٹ دینا یا اسکے ایک ذواربعتہ الاضلاع رقبہ کو اوپر کی طرف کو الٹا دینا مناسب ہوتا ہے تاکہ نشست گاہ ناخن معاً ہو جائے اور اسکی سیلیت ہو سکے۔ اگر پیپ غلاف میں ہو تو ہر ایک سلامیہ کی جانبوں پر اچھی طرح شگاف دینا ضروری ہوتا ہے، کیونکہ سلامی غلاف اطراف پر ہی کمزور ترین ہوتا ہے، اور یہاں ہی سے پیپ کے اس کو پھاڑ کر نکل آئیگا امکان ہوتا ہے۔ اگر مناسب ہو تو ایسے شگافوں کو ترجیح دینا چاہئے جو جوڑوں کے بالمقابل متوقف ہوں، کیونکہ میان سلامی اور بعد رسی سلامی جوڑوں کے بالمقابل بافتوں کو کاٹنے سے احتراز کرنے سے وتر کا میکا نیتی سہارا برقرار رہتا ہے اور جو خمیدگی اور فقدان قوت دوسری حالت میں نمودار ہو سکتا ہے وہ ظاہر نہیں ہوتا۔ جب پیپ کتنی تاچہ میں ہوتی ہے تو شگاف ماؤف وتر کے خط پر دینے چاہئیں، لیکن اس امر کا لحاظ ضرور رکھنا چاہئے کہ انگوٹھے اور چھنگلی کے غلافوں کو سرائت زدہ نہ کیا جائے۔

جب پیپ ملحقہ مارباٹ کے نیچے سے پھیل کر کلائی کیے نیچے کے ۱/۲ انچ کے حصہ میں جاتی ہے تو یہ عضلہ کاہ مربعہ (pronator quadratus) اور عضلہ قابضہ عمیقہ (flexor profundus) کے درمیان کے لیول پر سے گزرتی ہے، اسلئے شگاف کعبی اور زندی حاشیوں پر دینے چاہئیں تاکہ وتروں اور وسلی عصب کو نقصان پہنچائے بغیر اوپر اٹھا کر قبیح اجتماع تک رسائی کی جاسکے۔

وتر تاچہ میں آزاد نہیں ہوتے بلکہ زلابی غشا کے شکنوں سے اس سے بستہ ہوتے ہیں۔

شدید میوچوں میں بعض اوقات ٹوٹ جاتے ہیں اور اوتار کے مغزی عروق بھی جو انہیں واقع ہوتے ہیں منقطع ہو جاتے ہیں۔ ایسے انشقاق کے بعد تاج میں انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ امیبی غلافوں میں یہ شکن تقریباً غائب ہوتے ہیں اور رباط طویل (ligamenta longa) اور رباط قصیر (ligamenta breva) جو ذرا زرا سے ہوتے ہیں وتروں کے سلامی منہاؤں کے قریب انکے واحد قائم مقام ہوتے ہیں۔ زلزلانی تاجوں کا استر فلسمانی مرحلہ کا ہوتا ہے اور اس حصہ کے عروق لف سے اسکا نہایت آزادانہ راہ و ربط ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس قسم کے کہفوں سے سرانستی مادہ بہت جلد جذب ہوتا ہے اور نیز الہتابی اعمال اسی لئے غلافوں کے ساتھ ساتھ باسانی پھیل سکتے ہیں اور اس سے انکے اندر کے وتروں کے درمیان انضمام طیار ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کے انضمام کے فیض اور تعضیافتہ ہونے سے وتر مثبت ہو جاتے ہیں اور انگلیاں اگر لڑ جاتی ہیں اور یکساں ہو جاتی ہیں۔ الہتاب کے رفع ہو جانے کے جلد بعد صرف پونہچے اور انگلیوں کی فاعلی اور انفعالی حرکتیں شروع کرنے ہی سے غلافوں اور وتروں کے درمیان انضمام پیدا ہونے کا سد باب کیا جاسکتا ہے۔

نلہری رسنی رباط کے نیچے وتروں کے لئے جھ زلزلانی غلاف ہوتے ہیں اور یہ ان چھ قنالوں کے متناظر ہوتے ہیں جو اس رباط سے بنتی ہیں۔ جس غلاف میں وتر زلزلانی الہتاب (teno-synovitis) کے پیدا ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے وہ عضلہ معده طویلہ الہتامیہ (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ قصیرہ الہتامیہ (extensor brevis pollicis) کا غلاف ہے۔ یہ کعبی زائندہ ابریہ سے ۳ انچ اوپر سے شروع ہو کر پہلے رسنی پر رسنی جوڑ تک جاتا ہے۔ دوسرے غلاف اوپر کی طرف نلہری رسنی رباط کے بالائی کنارہ تک پہنچتے ہیں مگر دونوں کعبی باسطات کے غلاف اس رباط سے تقریباً ۱ انچ اوپر سے شروع ہوتے ہیں۔ عضلہ باسطہ مشترکہ (extensor communis) اور عضلہ باسطہ خفیر (extensor minimi digiti) کے غلاف بعدی رخ میں بعد رنغیہ کے وسط تک جاتے ہیں۔ لیکن عضلہ باسطہ اشاریہ (extensor indicis) کا غلاف بعد رنغیہ تک مشکل ہی سے پہنچتا ہے۔ دوسرے غلاف اوتار کے ساتھ ساتھ ان کے منہاؤں تک جاتے ہیں۔ ان غلافوں کے زلزلانی استر اور شکن کانیس کے کسر (Colles's fracture) میں مجروح ہو جاتے ہیں اور اگر انضمام کا اسناد نہ کیا جائے تو یہ پیدا ہو جاتے ہیں۔

عروق خون اور عروق لمف - ہاتھ میں رسد خون بہت کافی مقدار میں

ہوتی ہے اور حقیقت یہ ہے کہ لباب انگشت جسم کے نہایت کثیر العروق حصول میں سے ہے۔ کئی محرابوں کے محل کا ذکر کیا جا چکا ہے۔ کسی ایک کئی محراب کا خون اکیلی کعبی یا زندگی شریان کو باندھنے سے بند نہیں کیا جاسکتا کیونکہ ان محرابوں کا تعلق دونوں عروق سے ہوتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں عروق کو بیک وقت باندھنے سے بھی کوئی بہتر اثر نہیں ہوتا جسکی وجہ یہ ہے کہ کئی محرابوں اور بین العظامی عروق کے درمیان تغم موجود ہوتا ہے۔ دونوں کئی محرابوں کا تغم بڑے بڑے عروق کے تغوہ اور اس ربط و راہ سے قائم ہوتا ہے جو سطحی محراب کی وسیعی شاخوں اور زیادہ گہرے عروق کی کئی بین العظامی شاخوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ ہتھیلی کے جریان خون میں کعبی اور زندگی شریانوں کا بیک وقت باندھنا بھی بعض اوقات ایسے واقعات میں مکمل طور پر ناکام ثابت ہوا ہے جنہیں محرابوں کے ساتھ یا تو بڑے بڑے غیر طبعی بین العظامی عروق اگر کثرت متحد ہونے ہیں اور یہ کم و بیش طور پر انکے قائم مقام ہوتے ہیں اور یا انکی جگہ ایک بڑی ”وسطی شریان“ موجود ہوتی ہے۔ جب محرابوں کا کعبی یا زندگی حصہ ناقص ہوتا ہے تو نقص کسی دوسرے عرق سے پورا ہوتا ہے اور یہ معلوم کرنا مناسب ہوگا کہ یہ کمی زیادہ کثرت کے ساتھ یا تو سطحی محراب میں پائی جاتی ہے یا زندگی محراب میں۔

جس مقام پر کعبی شریان ہاتھ کی پشت پر سے ہو کر ہتھیلی کے گہرے حصہ میں داخل ہوتی ہے وہاں یہ انگوٹھے کے رسنی بعد رسنی جوڑ کے ساتھ قریبی تھاس رکھتی ہے (شکل ۷۵)۔ اگر کبھی سالم انگوٹھے کا بتر کیا جائے تو اس امر کو ضرور یاد رکھنا چاہئے۔ مزید برآں پہلی بعد رسنی ہڈی کے استیصال خئی میں بھی اسکا خیال رکھنا ضروری ہے۔ اگر سطحی راحی شریان عظیم الجسامتہ ہو تو اس سے بعض اوقات خطرناک جریان خون واقع ہوتا ہے۔ یہ شریان ستر عرض رسنی رباط کی سطح سے منقسم ہو جاتی ہے اور اسلئے جب یہ زخمی ہو جاتی ہے تو اسکا پکڑنا مشکل ہوتا ہے۔

چونکہ انگلیوں اور ہاتھ کی پشت پر کے عروق لمف زیادہ بڑے اور تعداد میں بھی زیادہ ہوتے ہیں اسلئے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان حصوں کے زخموں کے بعد ہتھیلی کے زخموں کے مقابلہ میں التهاب عروق لمف (lymphangitis) زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔

ہڈیاں اور جوڑ۔ بعدی کعبی زندگی جوڑ کو ایک مضبوط مثلثی کینی غضروف

(مفصلی قرص) سہارے ہوتا ہے۔ اور ان ہڈیوں کے درمیان جو رابطی تعلقات موجود ہوتے ہیں انہیں سے یہ مضبوط ترین اور اہم ترین ہوتا ہے۔ عضلہ باسط خنصریہ (extensor quinti digiti) کا زلابی غلاف بعض اوقات اس جوڑے سے مربوط ہوتا ہے اور اس لئے اس مفصل کے مرض سے یہ بھی ماؤف ہو سکتا ہے۔

352

پونچے کے جوڑ کی قوت کا انحصار اتنا ایک میکانیٹی خاکہ اور رابطات

پر نہیں ہوتا جتنا کہ ان کثیر التعداد مضبوط اوتار پر ہوتا ہے جو اسکے ارد گرد موجود ہوتے ہیں اور اس مفصل کے قریب کی ہڈیوں سے قریبی طور پر بستہ ہوتے ہیں۔ مزید برآں پونچے کی حالت میں طویل بریم جوڑ کی بعدی جانب پر نہیں پایا جاتا۔ راجی کجری رستنی رابطہ اس جوڑ کا مضبوط ترین رابطہ ہوتا ہے مگر ظہری کمزور ترین ہوتا ہے۔ قبل الذکر ساخت بسط کردگی کو اور موخر الذکر خم کردگی کو محدود رکھتی ہے۔ لیکن پھر بھی جبری بسط کردگی سے پیدا شدہ تضر بہت زیادہ عام ہوتا ہے کیونکہ جب کبھی آدمی ہاتھ کے بل کرتا ہے تو ہاتھ کی پشت (جبری خم کردگی) کے بل گرنے کے مقابلہ میں زیادہ تر ہتھیلی (جبری بسط کردگی) کے بل ہی کرتا ہے۔ ظہری رابطہ کے پتلا ہونے اور نیز جوڑ کے پچھلے حصہ کے محل کے زیادہ سطحی ہونے کی وجہ سے پونچے کے جوڑ کے مرض میں جو انصبا دکھائی دیتا ہے وہ اول اول ہاتھ کی پشت پر نظر آتا ہے۔

پونچے کے حرکات بین رستنی جوڑ (رستنی ہڈیوں کی پہلی اور دوسری قطا

کے درمیان کا جوڑ) میں بھی اتنی آزادی ہی سے واقع ہوتے ہیں جتنی سے کہ یہ کجری رستنی جوڑ میں واقع ہوتے ہیں (شکل ۷۷)۔ کجری رستنی جوڑ کا محور ایسا ہوتا ہے کہ خم کردگی میں ہتھیلی کا مخد زندی جانب کو ہوتا ہے مگر بین رستنی (mid-carpal) جوڑ پر خم کردگی واقع ہونے کی صورت میں ہتھیلی کجری جانب کی طرف کو حرکت کرتی ہے۔ جب حرکت دونوں جوڑوں پر واقع ہوتی ہے تو یہ رجحانات متوازن ہو جاتے ہیں اور خالص خم کردگی پیدا ہو جاتی ہے۔ عضلہ باسط رستنیہ (extensor carpi ulnaris) کا وتر بین رستنی جوڑ کے محور کے آگے کی طرف اور کجری رستنی جوڑ کے پیچھے کی طرف واقع ہوتا ہے، اسلئے یہ ایک جوڑ میں تو خم کردگی پیدا کرتا ہے اور دوسرے میں بسط کردگی (ایش ڈاؤن: Ashdowne)۔

پوہنچے پر جو عضلات فعل کرتے ہیں ان سے عضلات کے ان مختلف افعال کی مثالیں پیش کی جا سکتی ہیں جو ارادی حرکت پیدا کرنے میں واقع ہوتے ہیں۔ عضلہ (۱) محرک اعلیٰ (prime mover) کے لمود پر بھی کام کر سکتا ہے اور (۲) منضاد (antagonist) (۳) متحد الفعل (synergie) اور (۴) تیشی عضلہ کے طور پر بھی مثلاً جب انگلیاں خمیدہ ہوتی ہیں تو عین اور سطحی قابضات محرکات اعلیٰ ہوتے ہیں اور ان کے فعل کے متضادات انگلیوں کے باسط عضلات ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں انگلیوں کے خم کن عضلات پوہنچے کی خم کردگی میں پیدا کر دیں اگر پوہنچے کے باسط عضلات بطور عضلات متحد العمل اپنا فعل نہ کریں اور جب انگلیوں کے باسط عضلات اپنا فعل کرتے ہیں تو پوہنچے کے خم کن عضلات منقبض ہو جاتے ہیں۔ انگلیوں کی خم کردگی اور بسط کردگی میں پوہنچا رسیہ کے قابض اور باسط عضلات سے حرکت ناپذیر بنایا جاسکتا ہے اور یہ عضلات اس حالت میں عضلات تشدید کا کام دیتے ہیں۔ چنانچہ حرکت جو بظاہر سادہ معلوم ہوتی ہے عضلات کے گروہوں کے افعال سے پیدا ہوتی ہے اور اسی چیچک کی وجہ سے افعال عضلات کا مطالعہ کرنے کے ذریعہ سے عصبی ضررات کا تشخیص کرنا بہت مشکل ہو گیا ہے۔ پوہنچے کے عضلات کے متعلق جو کچھ بیان کیا گیا ہے وہ جسم کے تمام عضلات پر بعینہ صادق آتا ہے۔ (دیکھو برورس کروئین لیکچر سن ۱۹۰۳: Breever's Croonian Lectures, 1903)۔

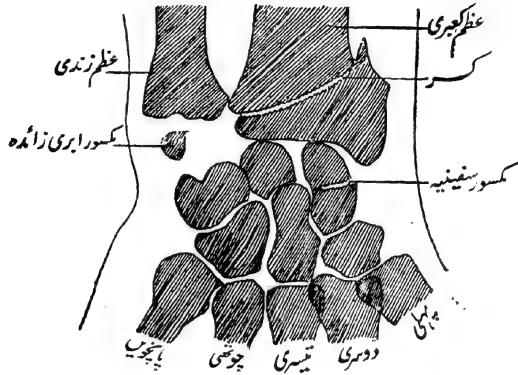
یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ قبل اسکے کہ انگلیوں کے خم کن عضلات قوت سے اپنا فعل کریں پوہنچے کا بسط کردگی کی حالت میں ہونا ضروری ہے۔ اگر پوہنچا خم کردہ ہو تو ان کی قوت گرفت زائل ہو جاتی ہے۔ ان تمام حالتوں میں جن میں پوہنچے کے بور کے اکڑ جانے یا جا کا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے اسکو بسط کردگی (ظہری خم کردگی) کی حالت میں باندھنا چاہئے۔

علاوہ ازیں انگشت اشاریہ، وسطیٰ اور بنصر کے رسی بعد رسی جوڑوں میں توڑی حرکت پائی جاتی ہے۔ گرائنگوٹے اور جھنگلی کے انہی جوڑوں میں حرکت آزادانہ واقع ہوتی ہے اور اسکا محفوظ رکھنا ہاتھ کی عمومی فائدہ مندی کے لئے بہت اہمیت رکھتا ہے (glenoid) (راحی بعد رسی سلامی) رابطات انگلیوں کے تین جوڑوں کے سامنے کی طرف پر بعدی ہڈی سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتے ہیں مگر قریبی سے ڈھیلے طور پر ہی چپکے ہوتے ہیں۔ چنانچہ بعدی ہڈی کے عقبی قطع میں ایسا ہوتا ہے کہ وقبی رابطہ اسکے ساتھ ہی چلا جاتا ہے اور تو صمیع میں بہت رکاوٹ پیش کرتا ہے۔ اکیلے وسطیٰ اور بعدی سلامیات کو خم کرتے وقت یہ ظاہر ہو جائے گا کہ پہلے

قربی سلامیہ کا وتر باسط کے ذریعہ سے مثبت ہونا ضروری ہوتا ہے اور عضلات باسط کے شلل میں صرف انہی دونوں جوڑوں کی خم کردگی نامکن ہوتی ہے۔

انگلی کے بعد جوڑ کو ساتھ کے وسطی سلامیہ کو خم کئے بغیر خمیدہ کرنے کی طاقت بہت اشخاص میں پائی جاتی ہے۔ لیکن آخری سلامیات کے گرد ونواح کے بعض الہتانی عوارض میں

354



شکل ۷۹۔ کالیںس کے کسر کے محل کو ظاہر کرتی ہے۔ زائد کا زائدہ ابریہ بھی دکھایا ہے۔
زور قی کے کسر کا عام محل بھی دکھایا گیا ہے۔

سرے کا جوڑ خمیدہ وضع میں مثبت دکھائی دیتا ہے حالانکہ انگلی کے دوسرے جوڑ سیدھے ہوتے ہیں۔ یہ حالت انگلی کے وتر باسط کے جزوی یا مکمل انشقاق سے پیدا ہوتی ہے جو عام طور پر انگلیوں کی انتہائی گانٹھوں پر چوٹ لگنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

کالیںس کا کسر (Colles's fracture)۔ یہ نام ایک کسر کو دیا گیا ہے جو کعبہ کے

نیچے کے سرے میں پونچے کے جوڑے ۱/۲ سے ۱/۳ اوپر تک واقع ہوتا ہے (شکل ۷۹)۔ اس میں ایک معین بدشکلی پائی جاتی ہے اور یہ ہمیشہ بالواسطہ چوٹ مثلاً پھیلے ہوئے ہاتھ پر گرنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس امر کے لئے معقول وجہ موجود ہیں کہ ہڈی کو اس مقام پر کیوں ٹوٹنا چاہئے۔ کعبہ کا

نیچے کا سر بہت اسفنجی ہوتا ہے، مگر پوری میں بستہ ہڈی کی بہت مقدار موجود ہوتی ہے۔ مفصلی سطح سے $\frac{3}{4}$ انچ کے فاصلہ پر ہڈی کے یہ دونوں حصے ملتے ہیں اور انہی کثافت کا رجحان جو بہت ہی غیر مساوی ہوتی ہے، اس کسر کو اسی محل میں محدود کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ اس ضرر کے میکا نیسم کے متعلق ابھی تک بہت سی مختلف رائیں قائم ہیں اور اس مضمون پر بہت کچھ لکھا جا چکا ہے۔ پروفیسر چین (Chiene) نے اس ضرر کے متعلق جو کچھ بیان کیا ہے وہ ذیل میں دیا جاتا ہے۔ اس ضرر کی نوعیت کے سلسلہ میں جو نظریہ جات عمومی طور پر تسلیم کئے جاتے ہیں انہی کو توضیح بہت اچھی طرح سے ہوتی ہے۔ کالیس (Colles) کے کسر کی بدشکلی کا انحصار جہاں نیچے کے ٹکڑے کی غیر وضعیت پر ہوتا ہے۔

یہ غیر وضعیت سرخروہ ہوتی ہے۔ (ا) غلطی، جہاں تک کلائی کے مقدم موخر قطر کا تعلق ہے۔ (ب) رسی سطح کی غلطی گردش کلائی کے مستعرض قطر پر۔ (ج) اس دائرہ کی توسیع پر گردش جیسا کہ رباط مثلثی کی زندگی سپرید پر واقع ہوتا ہے۔ اس دائرہ کا قطر دو خط ہوتا ہے جو رباط مثلثی کی زندگی سپرید کی گے لیکو کبرو کے زائدہ ابرہ کی نوک تک کہنچا جائے۔

۵۰ فیصدی سے زیادہ واقعات میں زندہ کا زائدہ ابرہ بھی اس قوت سے ٹوٹ جاتا ہے جو مثلثی لیغی غضروف میں سے منتقل ہوتی ہے (مورٹن: Morton)۔ اس گردشی غیر وضعیت کی وجہ دونوں زوائد ابرہ کی نوکیں ایک لیول پر آجاتی ہیں یا کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ کبری زائدہ زندگی کے اوپر چڑھ جاتا ہے۔ تقریباً ہر واقعہ میں ایک ٹکڑا دوسرے میں گس جاتا ہے۔ اوپر کے ٹکڑے کی ٹہری جانب پر جو ٹوس بافت ہوتی ہے وہ (اسی قوت کے تسلسل سے جس سے ہڈی ٹوٹی ہے) اس اسفنجی بافت کے اندر چلی جاتی ہے جو نیچے کے ٹکڑے کی کفی جانب پر ہوتی ہے۔ ایسا صرف بہت نادر الوقوع مثالوں میں ہوتا ہے کہ ٹکڑے اس حد تک ایک دوسرے سے علیحدہ ہوں کہ ایک دوسرے کے اوپر چڑھ جائیں۔ ایسے واقعات میں کبری زندگی رباطات شائد منقش ہو جاتے ہیں۔ اور پونچے میں کالیس (Colles) کے کسر کی وہ معیاری بدشکلی نہیں پائی جاتی۔ ۱۸۰۰ء واقعات کی جو کالیسٹس کا کسر تشخیص کئے گئے تھے شمع نگار شوں کا مطالعہ کرنے سے ڈاکٹر آر۔ مورٹن (Dr. R. Morton) نے یہ معلوم کیا کہ ۳ میں کسر او علیہ دونوں موجود تھے اور ۱۱ میں نیچے کا کبری بر بالہ

علحدہ ہو گیا تھا۔ یہ بریالہ اتفاقی ضرب سے اکثر علیحدہ ہو جاتا ہے۔ بیسویں سال کے قریب یہ پوری سے متحد ہوتا ہے۔ اور اسکا مقام اتحاد ایک خط سے ظاہر ہوتا ہے، جو تقریباً افقی ہوتا ہے۔ یہ بریالہ ایک رخیجہ پر جو زند کے لئے ہوتا ہے اور عضلہ عضد یہ کجریہ کے منتہی پر مشتمل ہوتا ہے۔ جب سے امتحان کے لئے شعاع نگاری کے طریقہ رائج ہوئے ہیں اسوقت سے معلوم ہوا ہے کہ بہت سی چوٹیں جو پہلے موبین تصور کر لی جاتی تھیں فی الحقیقت رسنی ہڈیوں کے کسریا انکی غیر وضعیت یا بعد رسنیہ کے کسر سے پیدا ہوتی ہیں۔

پانچ مفصلی زلابی کہنے ہیں جو رسنیہ سے تعلق رکھتے ہیں (شکل ۸۰)۔ یہ مندرجہ ذیل نکلات پر واقع ہوتے ہیں۔ (ا) رسنیہ اور کلائی کی ہڈیوں کے درمیان۔ یہ بعض اوقات زربنا کجریہ زندگی کہنے سے متشبی یعنی غضروف (مفصلی قرص) کے ذریعہ سے راہ و ربط رکھتا ہے۔ (ب) کلاب نما (unciform) ہڈی اور چوتھے اور پانچویں بعد رسنیوں کے درمیان۔ (ج) انگوٹھے کے بعد رسنیہ اور عظم منحرفہ (trapezium) کے درمیان۔ (د) تمام رسنی ہڈیوں کے درمیان جو دوسرے اور تیسرے اصابع کے رسنی بعد رسنی جوڑوں تک پھیلے ہوتے ہیں۔ (ر) عظم مشنگہ اور فانا نما ہڈیوں کے درمیان۔ (ب) (ج) اور (د) کہنے اکثر آپس میں ایک دوسرے سے ملجاتے ہیں اور ایک بڑا اور پیچیدہ جوڑ بن جاتا ہے۔

سفینیہ (scaphoid) کا کسریا تو مکمل تفصیل کے بل کرنے کا نتیجہ ہوتا ہے اور یا بلا واسطہ ضرب کا۔ یہ ناس دانی (snuff-box) کے فرش پر واقع ہوتی ہے اور وہاں اسکا جتن کیا جاسکتا ہے عظم نیم قری (semilunar) اکثر اپنی جگہ سے ہل جاتی ہے اور بعد رسنی ہڈیوں میں سے پانچویں نہایت کثرت سے ٹوٹی ہے

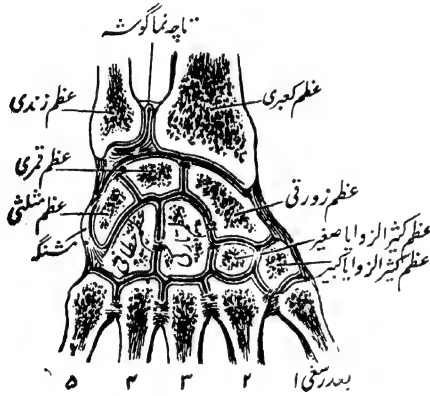
خلوع۔ ا۔ پوہنچے کے جوڑ کے۔ مذکورہ بالا وجہ کی بنا پر یہ جوڑ

استقد مضبوط ہوتا ہے کہ رسنی کجری خلع نہایت ہی شاذ طور پر واقع ہوتا ہے اور جب کبھی ایسے خلوع واقع ہوتے ہیں تو انہی وجود کی بنا پر یہ بالعموم بہت پیچیدہ ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ جلد کی دریدگی، اوتار کا اشتقاق، زلابی غلافوں کا ضرر اور ہم پہلو ہڈیوں کا کسریا یا جانا ہے۔

رسغیہ کے خلوع یا تو پیچھے کی طرف کو ہوتے ہیں اور یا آگے کی طرف کو۔ موخر الذکر نہایت ہی

نادر الوقوع ہیں۔
۲۔ عظم کبیر: (os magnum) (عظم تارکی: os capitatum) کا خلع۔
ہاتھ کی جبری خم کردگی میں عظم کبیر (os magnum) طبعاً پیچھے کی طرف کو پھسل کر ہاتھ کی پشت پر

357



شکل ۸۰۔ پونچے کا جوڑ۔

کننگھم : Cunningham کے مطابق۔ ٹیکٹ بک آف اناٹومی۔

357

اُبھر آتی ہے۔ بہت انتہائی خم کردگی میں جیسا کہ ڈگیوں (knuckles) پر یا بعد رسغیہ کی پشت پر گرنے میں ہوتا ہے۔ اس ہڈی کی یہ خلفی حرکت بعض اوقات اس قدر ہوتی ہے کہ اس کا جزوی خلع واقع ہو جاتا ہے۔ اور اس خلع کے ساتھ رباطات کا کسب قدر انشقاق بھی پایا جاتا ہے۔

۳۔ انگوٹھے کے بعد رسغی سلامی جوڑوں کے خلوع۔ اس خلع

میں قریب سلامیہ بالعموم پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور چونکہ اس کی ترجیع میں اکثر بہت دقت پیش آتی ہے اسلئے یہ ضرر دلچسپی رکھتا ہے۔ ترجیع میں اس جوڑ کی کئی جانب پر کالیفی غضروفی صفہ

(کفی، وقتی یا راجی معین رباط) رکاوٹ پیدا کرتا ہے۔ یہ صنف سلامیہ سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے اور طرفین پر جانبی رباطات سے ملا ہوتا ہے۔ جب یہ سلامیہ ظلع ہو جاتا ہے تو وقتی یعنی غضروف (glenoid fibro-cartilage) سمسمانی ہڈیاں اور عضلہ قابضہ ابہامیہ قصیرہ (flexor brevis pollicis) کے اوتار بھی اسکے ساتھ ہی ٹل جاتے ہیں اور نیز عضلہ قابضہ طویل کا وتر بعد رسی کی ہڈی کی گردن کے گرد لپیٹ جاتا ہے۔ مگر ترجیع میں زیادہ تر رکاوٹ یعنی غضروف کے بعد رسی کے سر کے پیچھے کی طرف ٹل جانے ہی سے پیدا ہوتی ہے۔ جوڑ کی موخر جانب پر شگاف دینے سے تنیدہ ساعتیں بغیر کسی شدید نقصان کے ڈھیلی ہو جاتی ہیں اور جراح اس نزع کی ترجیح کر سکتا ہے۔

شدید چوٹ سے ایک یا زیادہ انگلیوں کا قلع (avulsion) ہو سکتا ہے۔ ایسی حالتوں

میں جو انگلی علیحدہ ہو جاتی ہے وہ اپنے ساتھ اپنے بعض یا تمام اوتار بھی لے جاتی ہے۔ یہ اوتار علی طول پریش بازو ہی میں سے کچھ آتے ہیں اور انکا طول بعض اوقات معتد بہ ہوتا ہے۔ جب انگلی کے ساتھ صرف ایک ہی وتر ٹوٹ کر نکلتا ہے تو یہ بالعموم عضلہ قابضہ عمیقہ (flexor profundus) کا ہوتا ہے۔

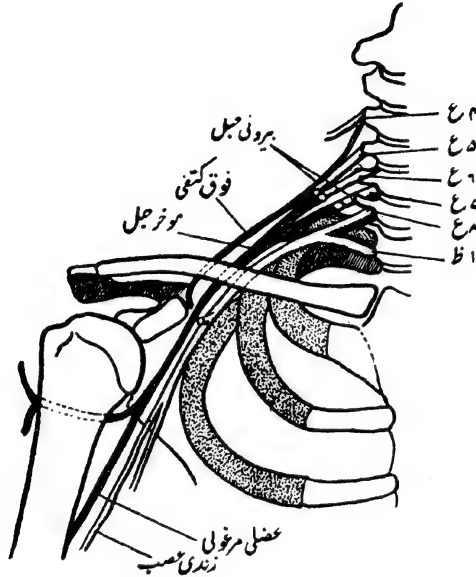
باشبازدہم

جارحہ اعلیٰ کی عصبی رسد

359

سابقہ ابواب میں ہم نے بازو کے ہر ایک عصبی تنے کے جراحی تعلقات کا مختصر سا ذکر کیا ہے۔ اب جارحہ اعلیٰ کی عصبی رسد کا بحیثیت مجموعی بیان کرنا مناسب ہوگا۔ جسم انسان اولاً قطعات میں مرتب ہے۔ کمپری اور عمود شوکی کے محور کے ساتھ ایک نشریہ قطہ کے بعد دوسرا نشریہ قطہ واقع ہے اور ہر قطہ کی اصلی عصبی رسد اپنی ہوتی ہے۔ اس امر کو مد نظر رکھتے ہوئے کہ جو ارح دھڑی کی بروں بالید ہیں، ہم یہ معلوم کر سکتے ہیں کہ جسم کا ہر وہ قطہ جو جو ارح کا متحمل ہے اس کو عصبی رسد بھی ہیا کرتا ہے۔ جنین میں جارحہ اعلیٰ پانچویں چھٹے ساتویں اور آٹھویں عنقی اور پہلے ٹھری قطعوں سے پیدا ہوتا ہے۔ لہذا انہی قطعات کے شوکی اعصاب ہی عضدی ضفیرہ کی تگوریں میں حصہ لیتے ہیں (شکل ۸۱)۔ اگر ان قطعی اعصاب کے منظم تفرع کو معلوم کرنا ہو تو جارحہ کو ابتدائی یا جنینی حالت میں رکھا ضروری ہے، جس میں باسط یا ٹھری جانب سب سے اوپر ہوا اور کعبہ اور انگوٹھا جارحہ کے مقدم یا پیش محوری (preaxial) کنارے پر ہوں اور زند اور چھٹنگل پس محوری (postaxial) کنارے پر ہوں۔ جب جارحہ اس حالت میں رکھا جاتا ہے (دیکھو شکل ۸۲ ب) تو یہ دیکھنے میں آتا ہے کہ پانچواں، چھٹا، ساتواں اور آٹھواں عنقی اور پہلا ٹھری سب کے سب

اعصاب جارجہ کے پیش محوری کنارہ سے لیکر پس محوری کنارہ تک ایک ترتیب سے متفرع ہیں اس ضغیرہ کا وسطی عصب (ساتواں) ہاتھ کے وسطی اصابع کو اور چھٹا ہاتھ کے پیش محوری کنارے اور آٹھواں اسکے پس محوری کنارے کو رسد پہنچاتا ہے۔ پانچواں غشی اور پہلا ظہری علی الترتیب



شکل ۸۱۔ عضلی مرغولی (کعبی radial) عصب کی ظہری پیش محوری اور عصب زندی (ulnar) کی بطنی پس محوری ابتدا کو ظاہر کرتی ہے جو عضدی ضغیرہ سے ہوتی ہے۔

بازو اور پیش بازو کے پیش محوری اور پس محوری کناروں کو رسد پہنچاتے ہیں۔ یہ اصلی غشی اعصاب ہیں لیکن جیسا کہ شکل ۸۱ سے ظاہر ہوگا چوتھا غشی اور دوسرا ظہری شوکی عصب بھی مختلف جہات کے ریشے بھیجتا ہے۔ پیش بستہ (prefixed) قسم کے عضدی ضغیرہ (دیکھو صفحات 204، 205) میں چوتھا غشی نسبتاً بہت زیادہ حصہ لیتا ہے اور دوسرا ظہری کوئی حصہ نہیں لیتا۔

پس بستہ (postfixed) قسم میں اسکے برعکس حالت پائی جاتی ہے۔ نصف یا اس سے زائد عصبی قطعہ کے شوک تفرغ میں کسی حد تک انفرادی اختلاف پایا جاتا ہے۔ مزید برآں یہ ضروریہ ذکر کرنا چاہئے کہ فلتی تفرغ جلد تک ہی محدود نہیں ہوتا بلکہ اس سے جوارح کی تمام عمیق ساختیں اور بالخصوص عضلات متاثر ہوتے ہیں۔

اعصاب کی ایک اور ابتدائی تفریق پر زور دینے کے لئے شکل ۸۱ میں مدی (ulnar) اور عضلی مرغولی (کعبری) اعصاب کے مبادی ظاہر کئے گئے ہیں۔ جو شوک اعصاب جوارح کی طرف گئے جاتے ہیں وہ فقری سوراخوں میں سے نکلتے ہی بطنی اور ظہری دو قسمتوں میں تقسیم ہو جاتے ہیں۔ اس سے بطنی کا تفرغ جراحہ کی خم کن جانب پر ہوتا ہے اور ظہری کا اسکی باسط جانب پر۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ زندگی عصب آٹھویں غنتی اور پہلے ظہری سے نکلتا ہے اور عضلی مرغولی عصب پانچویں کے پانچویں اعصاب کی ظہری قسمتوں سے بنتا ہے۔ لیکن اس میں جو حصہ پہلا ظہری لیتا ہے وہ بالعموم ذرا سا ہی ہوتا ہے۔ نیز یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ باسط اعصاب کا رجحان پیش محوری اور خم کن اعصاب کا پس محوری ہونے کی طرف ہوتا ہے۔

مزید برآں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ عضلہ ایک ہی شوک عصب کا محتاج نہیں ہوتا۔ عضلی شاخ میں ہمیشہ دو یا دو سے زائد شوک اعصاب کے ریشے پائے جاتے ہیں۔ لہذا ایک ہی شوک عصب کے کٹنے سے کسی عضلہ کا صرف جزوئی تحلیل ہی نمودار ہوتا ہے اور یہ کسی بھی مکمل نہیں ہوتا۔ جبل شوک کے اندر کے وہ خلوی مراکز جن سے عضدی ضغیرہ کے عصبی ریشے تعلق رکھتے ہیں فعلی گروہوں میں مرتب ہوتے ہیں۔ اکثر عضلات کا فعل پیچیدہ ہوتا ہے اور ان کا تعلق مختلف افعال یا حرکات سے ہوتا ہے اسلئے یہ ضروری ہے کہ ان تک ریشے مختلف خلوی مراکز سے پہنچیں۔ لہذا یہ ریشے جبل شوک سے مختلف شوک اعصاب کے ذریعہ سے نکل کر آتے ہیں۔ کسی عضلہ میں مکمل قتل پیدا کرنے کے لئے تمام شوک اعصاب کو جن سے اسکی عصبی رسد آتی ہے کا ثنا ضروری ہوتا ہے۔ ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک عضلہ ایک فعل کے لحاظ سے تو مشغول ہو اور دوسرے کے لحاظ سے فعال (کوکن میکنری: Colin Mackenzie)۔ یہ بھی ضروریہ یاد رکھنا چاہئے کہ عضلہ کو صرف حرکی یا درار رسد ہی نہیں پہنچتی، بلکہ اس میں حسی یا برار رسد بھی نہایت افراط سے موجود ہوتی ہے۔

ان نوغوال ذکر ریشوں سے ہم عمیق دباؤ اور انقباض یا درد کا درجہ معلوم کرتے ہیں۔

درآر ریشے جو اتار اور رابطات اور مفصل اور ہڈی سے شروع ہوتے ہیں وہ بھی اعصاب کی عضلی شاخوں میں پائے جاتے ہیں۔ جن اعصاب کی ابتدا ان تمام ساختوں سے ہوتی ہے وہ عمیق حس پذیر می کا فعل سرانجام دیتے ہیں۔ جو درآر تہتجات ان اعصاب کے ذریعہ سے منتقل ہوتے ہیں ان سے فتور کی بعض حالتوں میں درد کا احساس پیدا ہوتا ہے۔

سطحی یا جلدی حس پذیر می کے اعصاب جلد میں سے شروع ہوتے

ہیں۔ ہیڈ (Head) اور شیرن (Sherren) کے مطابق جلدی اعصاب کے ریشے دو گروہوں پر مشتمل ہیں۔ (۱) وہ ریشے جو اس حس پذیر می کے فعل کو سرانجام دیتے ہیں جسکو انھوں نے مخز مرضی حس پذیر می (protopathic sensibility) کے نام سے موسوم کیا ہے۔ یہ ریشے درخیز تہتجات کو منتقل کرتے ہیں۔ یعنی ایسے تہتجات کو جو تضرر سے پیدا ہوتے ہیں مثلاً پن کی جھن وغیرہ یا جو ایسے اجسام سے پیدا ہوتے ہیں جسکی تپش جلد کی لمبی تپش سے بہت زیادہ یا کم ہوتی ہے۔ (۲) وہ ریشے جو اس حس پذیر می کے فعل کو سرانجام دیتے ہیں جسکو انہی مصنفین نے برناقد حس پذیر می (epicritic sensibility) کا نام دیا ہے۔ موخر الذکر کم سے کم تین قسموں سے ہوتے ہیں۔ (۱) وہ جو ان تہتجات کو منتقل کرتے ہیں جو کسی ہلکی چیز مثلاً روئی سے چھونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ (ب) وہ ریشے جو ان اشیاء سے پیدا شدہ تہتجات کو منتقل کرتے ہیں جو جسم کی تپش سے بہت زیادہ گرم نہ ہوں۔ (ج) وہ ریشے جو ان تہتجات کو منتقل کرتے ہیں جو ان اشیاء سے پیدا ہوتے ہیں جسکی تپش جلد کی تپش سے بہت کم نہیں ہوتی۔ ہیڈ (Head) اور شیرن (Sherren) کا یہ بیان ہے کہ جب کوئی ایسا جلدی عصب جو ہاتھ یا بازو کے بعد حصہ کو جاتا ہو کاٹ دیا جاتا ہے تو جس رقبہ میں پن کی جھن کی حس پذیر می زائل ہو جاتی ہے وہ اس عصب کے تشریحی تفرع کے رقبہ سے بہت کم ہوتا ہے۔ مگر ہلکے لمس کا فقدان تقریباً تشریحی تفرع کے رقبہ کا تناظر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۸ صفحہ 375) دوسرے لفظوں میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ جوارحہ کے بعد حصوں میں مخز مرضی حس پذیر می کے متصل نظامات کے تفرع میں ایک بڑی حد تک تراکب

پایا جاتا ہے، مگر اسکے قسری یا قاعدی حصوں میں اسکے برعکس حالت پائی جاتی ہے اور پٹنا (epieritic) نظام میں زیادہ تر اکب پایا جاتا ہے۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ اگر کسی عصب میں ٹانگے لگنے کے بعد عمل اندام جاری ہو تو اسکے طبعی تفرع کے رقبہ میں سخر (protopathic) حس پذیری برناقد (epieritic) حس پذیری سے پہلے ٹوٹ آتی ہے۔ مزید برآں یہ امر بھی مشاہدہ میں آچکا ہے کہ جب کبھی کوئی عصب کسی عصبی پٹلی کے مقابل یا کسی مندل ہوتے ہوئے مذہب میں مضبوط ہو رہا ہو تو سخر مرضی حس پذیری کا رقبہ برناقد حس پذیری کے رقبہ کی نسبت زیادہ چھوٹا یا تنگ ہوتا ہے (سٹاپ فورڈ: Stopford) مگر اس امر کا بھی خیال رکھنا چاہئے کہ ٹروٹر (Trotter) اور مورسٹن ڈیویز (Morrison Davies) اور ٹائیل (Tinell) جس پذیری کی ایسی واضح تقریبی دریافت کرنے میں ناکام رہے ہیں۔ اور نیز انہوں نے یہ معلوم کیا ہے کہ ان حس پذیریوں کے رقبہ جات تقریباً ایک ہی ہوتے ہیں اور یہ تقریباً ایک ہی وقت پر ٹوٹ آتی ہیں۔

بوارح کے اعصاب کے ضغط یا دیگر ضررات میں عرقی حرکی نظام کا

اختلال اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ جارح کی شریانوں کی عرق حرکی رسد پر پروفیسر ونگیٹ ٹوڈ (Prof. Wingate Todd) اور اسکے شاگردوں نے مکرر تحقیقات کی ہے۔ گردن کے جل مشارک سے ایک خاص شاخ زیر تقویٰ (subclavian) شریان کو جاتی ہے جو اس سے اس کے پہلی سپلی ٹک پہنچنے سے پہلے جالمتی ہے۔ وسطی اور زندگی اعصاب بازو کے نیچے حصے سے گزرتے وقت عضلانی (brachial) اور دوسری شریانوں کو کثیر التعداد شاخیں بھیجتے ہیں۔ یہ عرق حرکی ریشہ عضلانی نہیرو کے تنوں، امبال اور اعصاب میں سے گزرتے ہیں اور جب کوئی دباؤ پڑتا ہے تو انکے خاص طور پر متضرر ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ اعصاب کے خلاف مضبوط ہوتے ہیں اور یہ اندر کے عصبی ریشہ جات کی معمولی درجہ کی چوٹ وغیرہ سے محافظت کرتے ہیں عرقی غدود کی بھی جو انگلیوں اور مٹھیلی پر بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں نظام مشارک سے ایک خاص عصبی رسد ہوتی ہے۔ جو ریشہ مٹھیلی کے عرقی غدود کو جاتے ہیں وہ عصب وسطی میں سے گزرتے ہیں کیونکہ ہاتھ کے ان غدود میں صرف اسی عصب کے کاٹھنے یا اس کے مشلول ہو جانے ہی سے اختلال واقع ہوتا ہے۔ ان حالات کے تحت ان سے ایک مشلی افزا بافرام پیدا ہوتا ہے۔

جارج اعلیٰ کے اعصاب کو ضرر پہنچنے سے جو علامات پیدا ہوتی

ہیں انکا انحصار ضرر رسیدہ مقام پر ہوتا ہے۔ اگر پانچواں شوکی عصب اپنے مبدا (جو جبل شوکی میں ہوتا ہے) اور اس مقام کے درمیان جہاں یہ بین فقری سوراخ سے نکلتا ہے عنقی فقرات کے کسریا انکی بوسیدگی سے کچلا جائے تو ضرر کے بعد معین نما عضلات (rhomboids) 364

عضلات شوکیہ (spinati)، عضلہ دالیہ، ذوراسین، عضلہ عضدیہ اور عضلہ عضدیہ کعبیہ (brachio-radialis) میں جزوی یا کل شکل واقع ہو جاتا ہے۔ مگر یہ ایک عجیب امر ہے کہ اس ضرر کے ساتھ فقدان حس نہیں پایا جاتا۔ شاید اس امر سے کہ پانچویں عنقی عصب کی منہر جو بہت چھوٹی ہوتی ہے مذکورہ امر کی توضیح میں مدد مل سکے (ڈبلیو ہیرس: W. Harris)۔ انھوں عنقی اعصاب کے مبدا سے عین اوپر جبل شوکی کو ضرر پہنچنے سے بازو کے زدی نصف کی جلد عدیم الحس ہو جاتی ہے اور انگلیوں اور ہاتھ اور پونچے کے عضلات اور نیز کہنی اور کندھے کے بھی کچھ عضلات مشلول ہو جاتے ہیں۔ بازو کے عضلات کے مختلف گروہوں کی تعصیبت کیلئے جو ریشے جاتے ہیں وہ جیسا کہ ہمیں ابھی معلوم ہو چکا ہے جبل کے تناظر قطعات سے پانچویں عنقی سے لیکر پہلے ٹھہری عصب تک کے تمام اعصاب کے ذریعہ سے بالترتیب نکلتے ہیں۔ جو ریشے کندھے کے عضلات مبعده کے لئے جاتے ہیں وہ پانچویں عصب میں سے گزرتے ہیں۔ اور عضلات مقبرہ کے چھٹے اور ساتویں عصب میں سے اور کہنی کے عضلات قابضہ کے پانچویں اور چھٹے اعصاب میں سے اور ایک عضلات باسط کے ساتویں اور آٹھویں عصب میں سے اور پونچے اور انگلیوں کے عضلات باسط کے چھٹے اور ساتویں عصب میں سے اور انکے عضلات قابضہ کے آٹھویں عنقی اور پہلے ٹھہری میں سے گزرتے ہیں۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ عنقی شوکی عصب شوکی قنال میں سے اس مقام پر باہر نکلتا ہے جو اس عصب کے بعد کے شوکی عصب کے مبدا کے مقابل ہوتا ہے۔

ہیرنگھم (Herringham) نے جارج بالا کے اعصاب کے اندر کے ریشوں کے معمولی شوکی مبادی اور بڑے بڑے عضلات کی معمولی عصبی رسد کو مندرجہ ذیل طریقہ سے

بیان کیا ہے :-

اعصاب

طویل سیدی - ۵ - ۶ - ۷	صغیر داخلی (وسطانی) جلدی - ۱ -
فوق کتفی - ۵ یا ۵ - ۶	منحن (بغلی) - ۵ - ۶
خارجی (جانبی) جلدی - ۵ - ۶ - ۷	وسطی - ۶ - ۷ - ۸ - ۱
داخلی (وسطانی) جلدی - ۱ یا ۸ - ۱	زندہ - ۸ - ۱
	عصبی مرغولی (کعبی) - ۶ - ۷ - ۸ یا ۵ - ۶ - ۷ - ۸

عضلات

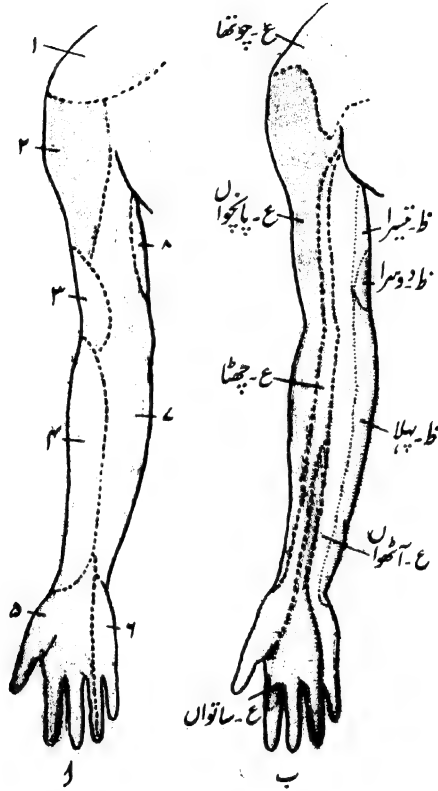
365

۳ - ۴ - ۵ - رافع الکشف	۵ - ۶ - عضلہ والیہ - زیر کتفی عضلہ -
۵ - معین نام عضلات -	۶ - عضلہ مد لوج کبیرہ - عضلہ کا - مد لوجہ - عضلہ قابضہ ریشیہ
۵ یا ۶ - ذوراسین - عضلہ عضلہ - مقدم - فوق شوی	کعبیہ - عضلہ عضلہ کعبیہ - اد عضلہ بالوجہ - سطحی اہای
اور تحت شوی عضلات - عضلہ مد لوجہ صغیرہ -	عضلات -
۶ یا ۷ - عضلات باسطہ ریشیہ کعبیہ -	۵ - ۶ - ۷ - عضلہ فشاریہ کبیرہ -
۷ - عضلہ غرایبہ عضلہ - عضلہ غریبہ نلہریہ - پیش بازو کی	۷ - ۸ - ۱ - عضلہ قابضہ سطحیہ - عضلہ قابضہ عمیقہ - ریشیہ
پشت پر کہ عضلات باسطہ مثلثیہ الرؤس کا بیرونی سر -	طویلہ اہایہ - عضلہ کا بہ مریدہ -
۷ - ۸ - عضلہ مثلثیہ الرؤس کا اندرونی سر -	۸ - مثلثیہ الرؤس کا طویل سر - زیر اہای عضلات بین الغضای
	عضلات - عمیق اہای عضلات -

انگیلیوں کی جلدی عصبی رسد کے متعلق یہ ضروریاد رکھنا چاہئے کہ

انگوٹھے اور دونوں بیرونی انگیلیوں کی اور منصر کی کعبی طرف کی کفی جانب کو عصب وسطی (median) رسد پہنچاتا ہے! اور بقیہ ایک اور نصف انگی کی اسی جانب کو عصب زندہ (ulnar) سے رسد پہنچتی ہے (شکل ۸۲)۔ انگوٹھے کی نلہری جانب کو جانبی کعبی جلدی عصب (lateral radial cutaneous) اور اشاریہ اور وسطی کی نلہری جانب کو (دوسرے سلامیہ کے قاعدہ تک) عصب کعبی (radial) رسد پہنچاتا ہے اور ان کے دوسرے اور

تیسرے سلامیات کو عصب و سلی (median) سے رمد پہنچتی ہے یہ جھنگلی اور انگشت خاتم کی



366

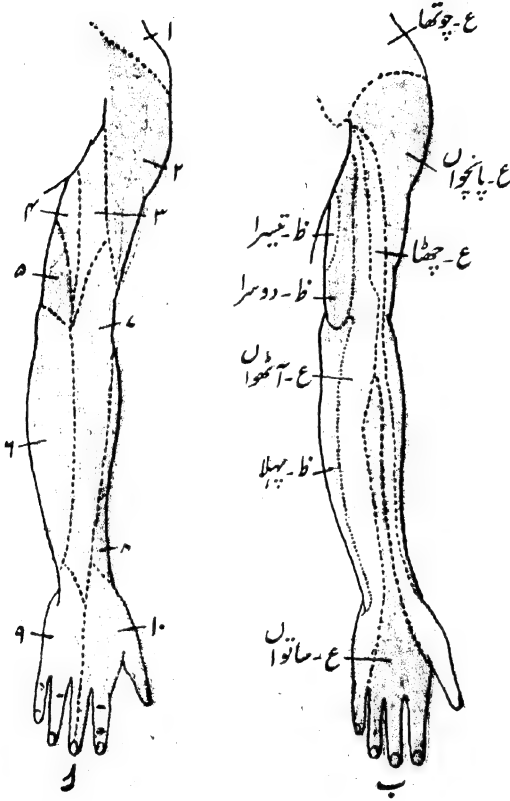
شکل ۸۲ - ا - بازو کے قابض یا (راحی) رخ کی جلد پر اکیلے اکیلے جلدی

عصب کا انقسام - ب - اسی رخ پر شوکی (غلقی) اعصاب کا انقسام -

۱ - موخو فوق ترقوی - ۲ - بغلی - ۳ - بازو کا موخو جلدی - ۴ - عضلی جلدی - ۵ - وسطی - ۶ - زندی - ۷ - وولی
جلدی - ۸ - بین سلی ذرا عبثی -

لے اس ام کا خیال رہے کہ دونوں بعد سلامیات کی ظہری جانب پر کسی لطیفی عصب کا چلانا عمومی قاعدہ کے خلاف ہوتا ہے -

زندہ جانب کو عصب زندہ (ulnar) رسد پہنچاتا ہے۔ انگشت خاتم کی کبری جانب کو دوسرے



367

شکل ۸۳۔ بازو کے باسط یا ظہری رخ کی جلد پر اکیلے اکیلے جلدی عصب کا انقسام۔

ج۔ اسی رخ پر شوکی (فلٹی) اعصاب کا انقسام۔ (۱ میں عصب کبری کو ۱/۳

اصابع کو اور عصب ندی کو ۱/۳ اصبع کو رسد پہنچاتے ہوئے دکھانا چاہئے تھا)۔

۱۔ موزوق ترقی ۲۔ بغلی ۳۔ وسطی جلدی (کبری) ۴۔ بازو کا موخر جلدی ۵۔ بین شعلی ذراعیتی ۶۔ وسطی

جلدی ۷۔ ظہری جلدی ۸۔ عضلی جلدی ۹۔ زندہ ۱۰۔ کبری۔

سلامیہ کے قاعدہ تک عصب کبری (radial) سے رسد پہنچتی ہے اور اس اصبع کے اس جانب کے

بقیہ حصہ کو عصب وسطی (median) رسد پہنچاتا ہے (شکل ۸۳)۔ وسطی اور بڑے کے درمیان کی گھٹائی گاہے گاہے عصب زندگی (ulnar) رسد پہنچاتا ہے اور کبھی اسکے کچھ حصہ کو زندگی سے اور کچھ حصہ کو کعبی سے رسد پہنچتی ہے۔ (جن جڑوں اور شوکی قطعوں سے یہ اعصاب تعلق رکھتے ہیں انکی وضاحت شکل ۸۲ اور ۸۳ سے ہو سکتی ہے)۔ ہاتھ کو زیادہ تر رسد ساتویں عصب ہی سے پہنچتی ہے۔ رقبہ جوار کے شوکی اعصاب معمولی نہائی شاخوں کی طرح اپنے تفرع میں ایک بڑی حد تک متراکب ہوتے ہیں۔ عدم حسیت کا رقبہ قشر کی تفرع کے رقبہ سے ہمیشہ چھوٹا ہوتا ہے۔ بازو کی زندگی جانب پر کے اعصاب جبل کے ان قطعات سے آتے ہیں جن سے مشار کی (حسی) اعصاب ہلکے قلب کو جاتے ہیں۔ ذبحہ صدری (angina pectoris) میں قلب فی الحقیقت درد کا باعث ہوتا ہے لیکن مریض ذریعہ بائیں بازو کی زندگی جانب پر محسوس کرتا ہے اور اسی سے منسوب بھی کرتا ہے۔

368

عضدی ضعیفہ کے نیچے کتنے کا شلل۔ جن مریضوں میں عنقی پسلی موجود ہوتی

ہے، انہیں بازو کے جوہر و شلل کے پائے جانے کا ذکر کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 207)۔ ایسا شلل جو عام طور پر پس لبوغ پر پہنچنے کے جلد بعد نمودار ہوتا شروع ہوتا ہے اور جو عورتوں میں مردوں کی نسبت کثرت سے پایا جاتا ہے وہ عضدی ضعیفہ کے سب سے نیچے کتنے کے اس سلی کو دبانے سے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ زندگی عصب کا رقبہ تفرع ہی سب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے (شکل ۸۱)۔ وڈ جونز (Wood Jones) نے یہ ثابت کیا ہے کہ پہلی پسلی کا زیر قوی میز اب سب سے نیچے کتنے سے پیدا ہوتا ہے اور نیز اس عصب کا دباؤ بعض حالتوں میں پسلی کو خمیدہ کر دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ لہذا یہ امر تعجب خیز نہیں ہے کہ ایسے افراد میں جنہیں عنقی پسلی موجود نہیں تھی سب سے نیچے کتنے کے تفرع میں عصبی اعتلال موجود ہونے کے واقعات درج کئے گئے ہیں۔ یہ ناپا ہر ہے کہ سب سے نیچے کتنے میں جاز کی زیادہ تر عروق حرکی رسد موجود ہوتی ہے، کیونکہ مذکورہ بالا واقعات میں عوق حرکی شلل کی وجہ سے جلد اکثر سرخ اور متورم ہوتی ہے۔

وہ شلل جو ان عصبی ضررات سے پیدا ہوتے ہیں جو ضعیفہ سے نیچے واقع ہوتے ہیں

اگر صحیح تشخیص کرنا مقصود ہو تو ایسے ضررات فی الحقیقت تھوڑے ہی ہیں جنکا آئنے ہی غور سے مطالعہ

کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جتنے غور سے کہ اعصاب کے ضرر کا کیا جاتا ہے۔ ضرر رسیدہ عصب کی تشریح اور فعلیات کے علم ہی کی صرف ضرورت نہیں پڑتی بلکہ ان مختلف حرکتوں کا جاننا بھی ضروری ہوتا ہے جنکو ہم فیض زائل شدہ فعل کی جگہ بعض اوقات اس خوبی سے سرانجام دیتا ہے کہ تجربہ کار ماہر شخص کو بھی دھوکا ہو جاتا ہے۔

عضلی مرغولی (کعبی) عصب کو اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اس پر

بغل میں دباؤ ڈر سکتا ہے (حکارت شلل) یا کبھی کبھی عضلی میزاب میں بھی ایسا ہوتا ہے جیسا کہ کرسی یا میز کے سخت کنارے پر بازو رکھ کر گہری نیند سو جانے میں (شب ہفتہ شلل) یا یہ ذریعہ کی پوری کے کسر کے بعد دشنبند (callus) سے مجروح یا مضبوط ہو جاتا ہے۔

369

مگر۔ یہ عضدی ضغیرہ کی موخر جل سے نکلتا ہے (فتل ۵ صفحہ 204) اور ان تمام شوک اعصاب سے جو ضغیرہ میں حصہ لیتے ہیں ریشہ آکر اس میں ملتے ہیں۔ یہ عصب عصبی عرق منڈل کے نیچے سے بغل کو عبور کرتا ہے اور عضلی عصبی میزاب میں ذرا عید کی موخر جانب کے گرد ایک ترچھے رخ میں پھر جاتا ہے۔ یہاں یہ مثلثہ الرؤس کے اندرونی اور بیرونی سروں کے درمیان اور اس کے طویل سر کے نیچے واقع ہوتا ہے اور اسکے ساتھ شریان عمیق (profunda artery) بھی ہوتی ہے عضل الدیو (deltoid) کے فتمی اور خارجی سر قذال کے درمیانی فاصلہ کے تقریباً نصف پر یہ خارجی بین عضلی فاصلہ کو منقب کر کے ذرا سین (biceps) اور باطنہ طویلہ (supinator longus) کی درمیانی فضا میں چلا جاتا ہے۔ کہنی کے خم پر یہ مندرجہ ذیل شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ (ا) ایک مقدم شاخ جو فاصلہ حسی ہوتی ہے اور باطنہ طویلہ کے کنارے کے نیچے نیچے چلی جاتی ہے اور اس کے وتر کے نیچے سے گزر کر کعبی جانب کو مل جاتی ہے اور کعبہ کے جانبی حاشیہ کے گرد پھر جاتی ہے اور پو نیچے کی پشت پر تین شاخوں میں تقسیم ہو کر زیر جلدی طور پر ختم ہو جاتی ہے۔ (ب) ایک اہم موخر شاخ یعنی ”موخر بین العظامی“ (posterior interosseous) جو باطنہ قصبہ (supinator brevis) میں سے گزر کر کعبہ کی گردن کی بیرونی جانب کے گرد پھر جاتی ہے اور اسکے بعد کلائی کے عضلات کے درمیان آگے بڑھ جاتی ہے اور سب کو محرک شامین سمجھتی ہے۔ بین العظامی رباط کے گرد کر یہ عصب پو نیچے کی پشت پر پہنچ جاتا ہے اور رسی اور بعد رسی ہڈیوں کے جوڑوں اور گرد و غلو کو ریشہ سمجھتا ہے۔

عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب کا اصلی فعل حرکی ہوتا ہے۔ اس سے مندرجہ ذیل حرکی شاخیں نکلتی ہیں۔ عضلی مرغولی میز اب میں (۱) مثلثیہ الرؤس کے طویل سب کو (ج) اس کے اندرونی سر کو (ج) عضلہ مرفقیہ (anconeus) کے بیرونی سر کو۔ (۲) ذوراسین اور باطلہ طویل کے درمیان (۱) باطلہ طویل کو (ج) عضلہ رسیغیہ کبریہ طویل کو۔ (۳) کبریہ کی گردن پر (۱) عضلہ باطلہ رسیغیہ کبریہ قصیرہ کو (ج) باطلہ قصیرہ کو۔ (۴) کٹائی کی پشت پر (۱) عضلہ باطلہ رسیغیہ نزدیک کو (ج) عضلہ باطلہ مشترکہ الصبعیہ کو (ج) عضلہ باطلہ خنصریہ کو۔ اور اس سے نیچے (۵) عضلہ باطلہ بعد رسیغیہ ابہامیہ (extensor ossis metacarpi pollicis) کو (۶) عضلہ طویل ابہامیہ کو (۷) عضلہ باطلہ ابہامیہ قصیرہ کو (۸) عضلہ باطلہ اشاریہ (xtensor indicis) کو۔

حسی شاخیں (۱) ایک داخلی جلدی شاخ جو بازو کے لئے ہوتی ہے بغل کے رین حاشیہ کے بالمقابل نکلتی ہے اور پسلی اندرونی سطح کو زج (olecranon) تک رسد پہنچاتی ہے۔ (۲) ایک خارجی جلدی شاخ جو اس مقام پر نکلتی ہے جہاں یہ عصب ذراعیہ کی کبریہ جانب کے کنارہ کو عبور کرتا ہے۔ یہ بازو کی پسلی بیرونی جانب کو رسد پہنچاتی ہے علاوہ ازیں یہ اس پتلی دھجی کو بھی رسد پہنچاتی ہے جو پیش بازو کی پشت پر عضلی مرغولی اور داخلی جلدی اعصاب کے رقبہ جات کے تضرع کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ (۳) مقدم (کبریہ) شاخ پونچھ کی پشت پر تین شاخوں میں منقسم ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ شاخیں ابہامی افراز (بیرونی حصہ)، ہاتھ کی پشت کے بیرونی حصہ، انگوٹھے کی پشت اور انگوٹھ اشاریہ اور وسطی کی پشت کو دوسرے سلامتیہ کی اور انگشت خاتم کے ایک ایسے ہی رقبہ کو جو اسکی کبریہ جانب پر ہوتا ہے رسد پہنچاتی ہیں۔

یہ ظاہر ہے کہ محل مضرت کا جو تعلق شاخوں کے مبادی سے ہوگا ضرر کے سرسری مظاہر اسکے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔

عضلی مرغولی شلل میں اگر ضرر اوپر واقع ہو، تو (۱) برط کر دگی کی طاقت کے

فقدان کے ساتھ ہی ایک میزہ ہئیت بھی دیکھنے میں آتی ہے جس میں کہنی نصف خمیدہ ہوتی ہے، ہاتھ اکباب کی حالت میں لٹکا ہوتا ہے، اور انگلیاں کسی حد تک خمیدہ ہوتی ہیں۔ لیکن اگر مشاہدہ قریبی سلامیات کو سہارا دے تو مریض ہر ایک انگلی کے دوسرے اور میرے سلامیہ کی برط کر دگی کر سکتا ہے اور اسکی

وجہ یہ ہے کہ بین العظامی عضلات اور عضلات قطنیہ (lumbricales) سے لیکر باسط وتر کے لمبہ سری پھیلاؤ تک ایک صفائی چسپیدگی موجودگی ہوتی ہے۔ لہذا سرے کے دو سلامیات کو کسی جبریو سے سہارا دینے کی کوئی ضرورت نہیں ہوتی۔ (۲) عضل باسط رسنغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کے شکل سے پونچنے کی تقریب کمزور ہو جاتی ہے اور یہ حرکت پھر عضل قابضہ رسنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) سے کی جاسکتی ہے۔ لیکن اس حالت میں اسکے ساتھ خم کر دگی بھی موجود ہوتی ہے، کیونکہ باسط متوازن کش زائل ہو جاتی ہے۔ (۳) انگوٹھے کے باسط عضل مشلول ہو جاتے ہیں۔ (۴) بطبع اب بھی (ذو راسین کے ذریعہ سے) کیا جاسکتا ہے جبکہ کہنی نصف خم کر دگی کی حالت میں ہو۔ عضل باطو قصیرہ (supinator brevis) مشلول ہو جاتا ہے۔ (۵) انگلیوں کی قوت گرفت کمزور ہو جاتی ہے کیونکہ عضلات قابضہ اگرچہ بذات خود متاثر نہیں ہوتے مگر ہاتھ کی خم کر دگی کی حالت کی وجہ سے یہ بخوبی پائصل سرانجام نہیں دے سکتے۔ گرفت کے مضبوط ہونے کا امکان صرف اسی وقت ہی ہو سکتا ہے جبکہ ہاتھ پہلے باسط کر دگی کی حالت میں ہو۔ (۶) عضل باطو طویلہ (supinator longus) کی حالت کا خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے، کیونکہ یہ عضل اپنے اس نام اور عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب (باسط) سے رسد وصول کرنے کے باوجود اپنے فعل کے لحاظ سے ایک خم کن عضل ہے۔ صحیح سالم بازو میں مریض کی کہنی کو مزاحمت کے مقابلہ میں خمیدہ کرانے سے خاص کر جبکہ اسکی کلائی اکباب اول بطبع کی درمیانی حالت میں یہ بخوبی ابھارا جاسکتا ہے کہنی کی لمبہ سری خم کر دگی میں یہ ذوراسین سے متحد فعل ہوتا ہے۔ محیطی الاصل عضلی مرغولی شلل میں یہ اتحاد عمل جو ذوراسین کے ساتھ ہونا ہے زائل ہو جاتا ہے۔ اگر کسی ایسے مریض میں جس میں بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہو کہ عضلی مرغولی نہ رعضل باطو کو جانے والے عصب کے مہل سے اوپر واقع ہے، یہ عضل مشلول نہ پایا جائے تو اس امر کے متعلق نہ ورشہ ہونا چاہئے کہ ضرر یا تو جڑ میں ہے یا شلوکی ہے یا سمومیت سیسہ یا ہسٹیریا (hysteria) سے پیدا ہوا ہے۔

حسی تغیرات غیر اہم ہیں کیونکہ دوسرے اعصاب کی طرف سے بہت سا تر اکب

پایا جاتا ہے۔ اصابع اور ہاتھ کی پشت اور انگوٹھے پر کے سالم رقبہ تفرع میں عدم حسیت شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتی ہے۔ لیکن انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کی پشت اور وسطی کی نصف پشت پر اور ہاتھ کی پشت کے متناظر حصہ پر یہ اکثر موجود ہوتی ہے۔ کلائی کا جو رقبہ خارجی جلدی شراخ سے رسد

وصول کرتا ہے اسکے وسط میں بعض اوقات ناقص حیدت (hypoaesthesia) کا ایک تنگ رقبہ پایا جاتا ہے۔ تا وقتیکہ نرس بعل میں اونچا واقع نہ ہو ورنہ خلی جلدی شلخ کے تفرع کے خط میں کوئی عدم حیدت نہیں پائی جاتی۔

زندگی عصب (ulnar nerve) ضعیفہ کی اندرونی جل سے شروع ہوتا ہے اور یہ ان ریشوں سے نکلتا ہے جو آٹھویں عقی اور پہلی صدی جڑوں سے حاصل ہوتے ہیں۔ شریان کی وسطانی جانب پر یہ فعل کو عبور کرتا ہے اور پھر یہ بازو میں چلا جاتا ہے جہاں یہ عضدی شریان اور وسطی عصب کے پیچھے رہتا ہے۔ بازو کے نیچے کے ایک تہائی حصہ میں یہ ان ساختوں سے نذر تیج علمذہ ہو جاتا ہے اور بین عضلی فاصل میں سے گزر کر بازو کے موخر خانہ میں چلا جاتا ہے۔ اس کے بعد یہ برکری میزاب میں سے ہو کر عضلہ قابضہ رسیغہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کے نیچے سے کلائی کے سامنے کی طرف پر آ جاتا ہے اور عضلہ قابضہ رسیغہ زندیہ کی بیرونی کور پر عضلہ قابضہ سطحیہ (flexor sublimis) کے نیچے سے عضلہ قابضہ عمیقہ (flexor profundus) میں چلا جاتا ہے۔ عظم مشنگہ (pisiform) کے قریب یہ ایک صفاتی قنال میں سے گزرتا ہے جو مقدم حلقہ رباط کی مقدم جانب پر عظم مشنگہ اور کلاب نما (unciform) ہڈی کے ہب کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ یہاں یہ سطحی حسی اور عمیق حرکی دو شاخوں پر منقسم ہو جاتا ہے۔

اسکی حرکی شاخیں مندرجہ ذیل ہیں :- (۱) بازو میں کوئی نہیں۔ (۲) پیش بازو میں (۱) عضلہ قابضہ رسیغہ زندیہ کو (ج) عضلہ قابضہ عمیقہ کے اندرونی دو بندلوں کو (ہر ایک کو ایک)۔ (۳) ہاتھ میں عمیق کفی شاخ مندرجہ ذیل عضلات کو فروغ دیتی ہے۔ (۱) تمام بین العظامی عضلات کو (ج) دو اندرونی عضلات قطنیہ کو (ج) زیر ابہامی قزاز کے عضلات کو (د) عضلہ قابضہ بہتہ قعیہ کے اندرونی سر کو (سر) عضلہ مقربہ ابہامیہ کو۔

حسی شاخیں مندرجہ ذیل ہیں :- (۱) کلائی میں (۱) ایک شاخ کلائی کے وسطی ثلث پر نکلتی ہے اور زندی شریان کے ساتھ ساتھ جاکر پونچھے پر سطحی ہو جاتی ہے اور پونچھے کی اندرونی جانب اور زیر ابہامی قزاز کو رسد پہنچاتی ہے۔ (ج) ظہری جلدی (dorsal cutaneous) کلائی کے وسطی ثلث پر نکلتی ہے اور زندی کے گرد گھوم کر پیچھے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور وسطی اور زیرین ثلثوں کے مقام اتصال کے قریب سطحی ہو جاتی ہے اور آخر کی ڈیڑھ انگلی اور ہاتھ اور پونچھے کے اس حصہ کو جو اسکا مناظر ہوتا ہے رسد پہنچاتی ہے۔ لہذا یہ ظاہر ہے کہ پونچھے کے سامنے کی طرف پر عصب بندی کو

کاٹنے سے اس حصہ میں عدم حسیت کے نمودار ہونے کی امید نہیں کیجا سکتی۔ ٹھہری شاخ صرف قریبی سلامیات کو رسد پہنچاتی ہے اور بعدی سلامیات کو کئی شاخوں سے رسد پہنچتی ہے۔

اس عصب کے ضرر سے جو سریری منطہ ہر پیدا ہوتے ہیں انہیں محل ضرر کے لحاظ سے

اختلاف ہوتا ہے۔ مگر ضرر کے اسکی پہلی شاخ کے اوپر واقع ہونے کے لحاظ سے ان پر بحث کرنا موزوں ہوگا۔ یہ (۱) حرکتی (عج) حسی (حج) پرورشی ہوتے ہیں۔ عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کے کچھ حصہ کے مشاغل ہو جانے کی وجہ سے اندرونی دو انگلیوں کی ختم کردگی میں کمزوری آجاتی ہے۔

عضلہ قابضہ رسغیہ زندہ (flexor carpi ulnaris) دوسرے عضلات کے ساتھ پونچھ کی خم کردگی کرتا ہے اور ہاتھ کی تقریب کرتا ہے۔ یہ خم کردگی عضلہ قابضہ رسغیہ کعبیہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ راحیہ لولہ (palmaris longus) کے فعل سے بھی ممکن ہوتی ہے۔ لیکن جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ عضلہ قابضہ رسغیہ زندہ (flexor carpi ulnaris) منقبض نہیں ہو رہا۔ اس حالت میں تقریب ایکلے عضلہ باسطہ رسغیہ زندہ (extensor carpi ulnaris) کے فعل سے عمل میں آتی ہے۔ لہذا یہ کمزور ہوتی ہے اور اسکے ساتھ بسط کردگی پائی جاتی ہے۔ بین العظامی عضلات اور اندر کی طرف کے دو عضلات قطنیہ کے شمل سے ہاتھ میں ممیز ترین تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ بین العظامی عضلات کے فرائض حسب ذیل ہیں: دو انگلیوں کی وسطی کے خط وسطی سے تعبید (ٹھہری بین العظامی عضلات) اور تقریب (کئی) کرنا، اور (ب) قریبی سلامیات کو بتعمیلی پر خم کرنا اور دوسرے اور تیسرے سلامیات کی بسط کردگی کرنا۔ لہذا ان افعال کو زائل ہو جانا چاہئے اور یہ درحقیقت زائل بھی ہو جاتے ہیں۔ لیکن انکی جگہ تندرست عضلات کو چالاک سے کام میں لانے سے ان وظائف کو سرانجام دینے کی کچھ طاقت ظاہر کیجاتی ہے۔ اگر عصبی ضرر اس مقام سے نیچے واقع ہو جہاں سے عصبی رسد طویل قابضات کو جاتا ہے تو انگلیوں کی خم کردگی اس حالت میں بھی کیجا سکتی ہے۔ لیکن بعد رسغی سلامی جوڑوں کی خم کردگی جسکے ساتھ بین سلامی مفاعصل کی بسط کردگی بھی موجود ہو غیر ممکن ہوتی ہے۔ جیسا کہ ٹینٹیل (Tinel) بیان کرتا ہے۔ خم کردگی انگلیوں کے مسترقی لف (progressive rolling) سے واقع ہوتی ہے جو طویل قابضات کے فعل سے عمل میں آتا ہے۔ مزید برآں دونوں بیرونی عضلات قطنیہ (lumbricales) میں جبکو عصب وسطی سے رسد پہنچتی ہے

انگشت اشاریہ اور وسطیٰ کے بین العظامی عضلات کے زائل شدہ فعل کا بدل قائم کرنے کی کسب قدرت طاقت موجود ہوتی ہے۔ مزید برآں اگر عضلات علیٰ حالہ ہوں تو انگلیوں کی زائل شدہ تنبید اور تنہا طویل اوتار کے کمزور فعل سے خفیف سی حد تک قائم ہو جاتی ہے، کیونکہ عضلہ باسطہ مشترکہ (extensor communis) ایک کمزور ممبر ہے اور طویل عضلات قابضہ ضعیف مقرر باست ہیں۔ ابدال (substitution) کی اس قوت سے ایک غیر مختلط مشاہدہ کو جو یہ امر معلوم کرنے میں ناکام رہے کہ اس حالت میں تنبید کے ساتھ بسط کردگی اور تقریب کے ساتھ خفیف سی خم کردگی بھی موجود ہے اور یہ حرکت کی وسعت کم ہو گئی ہے دھوکا ہو جاتا ہے۔ ایسا مریض ہاتھ کو میز پر چٹا رکھ کر انگلیوں کی تنبید اور تقریب نہیں کر سکتا۔ ایسی وضع میں اگرچہ بیرونی عضلات قطنیہ (lumbricales) میں کسی قدر حرکت واقع ہو سکتی ہے مگر انگشت خاتم اور پٹنگلی میں کوئی حرکت واقع نہیں ہوتی۔

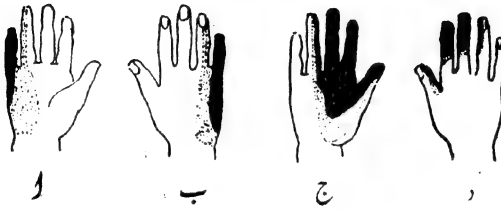
374

عضلہ قابضہ ابہامیہ قصیر (flexor brevis pollicis) کے قفل کا ملاحظہ مریضی طور پر باسانی نہیں کیا جاسکتا۔ مگر عضلہ مقربہ ابہامیہ (adductor pollicis) کا شکل اس طریقہ سے آسانی سے ظاہر کیا جاسکتا ہے کہ مریض کو کاغذ کا ایک تختہ انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کے درمیان پکڑا دیا جائے، اور پھر اس سے کہا جائے کہ اس تختہ کو اپنے لمبی ہاتھ سے غیر لمبی ہاتھ میں کھینچے۔ لمبی ہاتھ عضلات مقربہ ابہامیہ کو استعمال کرے گا، اور کاغذ کو انگوٹھے کے بعد میساریہ کے قریبی حصہ اور انگشت اشاریہ کے پہلے مسامیریہ کی پیش جانبی طرف سے پکڑے گا۔ ضرر رسیدہ ہاتھ غالباً عضلہ مقابلہ (opponens) اور طویل قابضات کو استعمال کرے گا۔ اور اسکی گرفت انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کے آخری سلامیات کے درمیان چھینے کی گرفت کی طرح کمزور ہوگی۔ مگر گاہے گاہے مریض اسکی جگہ ایک دوسری چالاکائی سے کام لیتا ہے اور کاغذ کو عضلات باسطہ طویل کے قوی استعمال سے پکڑتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ان عضلات کے اوتار اور عاصک پونچے پڑے عضلات ابہامیہ کے اوتار تنہا محسوس کئے جاتے ہیں، اور انگوٹھا بائیں طرف کو پھل ہوتا ہے۔ یہ چالاکائی ایک عورت نے جس میں زندگی شلل موجود تھا بہت اچھی طرح سے دکھائی تھی اور سی۔ سی چوائس (C. C. Choyce) نے اسے دیکھا تھا۔

زیر ابہامی افزاز کے عضلات لاغر ہو جاتے ہیں۔ اور اچھے اوپر کی جلد کے لمبی شکن غائب ہو جاتے ہیں۔ ابہامی اور زیر ابہامی افزازات کے غائب ہوجانے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہاتھ چٹا ہو جاتا ہے اور جب مشاہد مریض کے انگوٹھے اور ہاتھ کے درمیان کے حصہ کو انگلیوں سے پکڑتا ہے تو محسوس کی انگلیوں کے درمیان کچھ نہیں آتا۔

اندرونی دو عضلات قطنیلہ (lumbricales) کے شامل سے بعض اوقات انگشت خاتم اور
چھٹکی میں خم زدگی پیدا ہو جاتی ہے اور ترجیح پذیر زندگی چنگل (ulnar griffe) کی وضع پیدا
ہو جاتی ہے خاص کر جبکہ عضلاتی ہضم عمیقہ علی حالہ ہو۔

عصب وسطی (median nerve)۔ سیکیریونی سر میں وہ ریشے شامل ہوتے ہیں
جو چھٹی اور ساتویں عمتی جڑوں سے آتے ہیں اور عضلی جلدی عصب کے قریب بیرونی جبل سے نکلتا ہے۔



شکل ۸۴۔ عصب زندگی کے کاٹنے کے نتائج (ا۔ ب) اور عصب وسطی کے
کاٹنے کے نتائج (ج۔ د)۔

(ہیڈ: Head اور شیرن: Sherren)۔

سیاہ وہ رقبہ ہے جس سے برنا قدس پذیری اور نخر مرفعی جس پذیری غائب ہو گئی ہیں۔
نقطہ وار وہ رقبہ ہے جس سے برنا قدس پذیری غائب ہو گئی ہے۔

375

اندرونی سر عصب زندگی کے قریب اندرونی جبل سے پیدا ہوتا ہے اور اس میں وہ ریشے شامل ہوتے
ہیں جو آٹھویں عمتی اور پہلے ٹھری سے آتے ہیں۔ یہ عصب بغلی شریان کے سامنے واقع ہوتا ہے اور پھر
زوراسین (biceps) کے اندرونی حاشیہ کے نیچے نیچے سے آگے بڑھ جاتا ہے۔ یہاں پہنچ کر اس کی
سے پیش نما رجی تعلق رکھتا ہے۔ بازو کے نیچے حصہ میں یہ شریان کو عبور کر کے اس کی اندرونی جانب پر
پہنچ جاتا ہے۔ عصب زندگی بازو کے ٹکڑے زیریں تک اس کے ساتھ لپٹی اندرونی قریبی علاقہ رکھتا ہے
لہذا بازو کے بالائی دو تہائی حصوں کے ضرات میں وسطی اور زندگی اعصاب اور عضلاتی شریان کو
اکٹھا ہی نقصان پہنچتا ہے۔

نیچے کے ایک تہائی حصہ میں عصب وسطی، خط وسطی کی طرف کو چلا جاتا ہے اور پیش مرفعی فضا میں یہ عضلہ عضدیہ (brachialis) کے اوپر اور شریان مذکور کی وسطانی جانب پر واقع ہوتا ہے۔ اس کے بعد یہ عضلہ کا بہ مدلوچہ کعبیہ (pronator radii teres) کے دونوں سروں کے درمیان سے گزر جاتا ہے اور انیس سے جو سر زیادہ عمیق ہوتا ہے وہ اسکو شریان سے علحدہ کرتا ہے یہاں سے یہ عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کے اوپر سے اور عضلہ قابضہ سطحیہ (flexor sublimis) کے نیچے سے آگے بڑھ جاتا ہے، حتیٰ کہ پونچھ کے قریب یہ عضلہ قابضہ رخیہ کعبیہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ قابضہ اشاریہ (flexor indicis) کے درمیان تقریباً وسطی ہو جاتا ہے اور پھر مقدم حلقہ نارباط کے نیچے سے گزر کر اندرونی اور بیرونی مشاغل پر مقسم ہو جاتا ہے۔

376

حسی شاخیں۔ (۱) بازو میں کوئی شاخ نہیں نکلتی۔ (۲) کہنی کے نزدیک شاخیں مندرجہ ذیل ترتیب سے نکلتی ہیں۔ (۱) عضلہ کا بہ مدلوچہ کعبیہ کو (پہلا عصب)، (۲) عضلہ باطلح مدلوچہ کعبیہ کو (دوسرا عصب)، (۳) عضلہ قابضہ رخیہ کعبیہ اور عضلہ رخیہ لولہ کو، (۴) عضلہ قابضہ سطحیہ کو۔ (۵) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (۶) عضلہ قابضہ عمقیہ کو (دونوں بیرونی سروں کو)، (۷) عضلہ قابضہ اشاریہ کو، (۸) ایک شاخ ”(مقدم بین العظامی)“ ایک بین العظامی رباط کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو عضلہ کا بہ مربع (pronator quadratus) اور بالائی رخی مشاغل کو رسد پہنچانے کے لئے جاتی ہے۔ (۹) ہاتھ میں یہ (۱) عضلہ مبعدیہ ابهامیہ، عضلہ مقابلہ اور عضلہ قابضہ ابهامیہ قضیرہ کے سطحی سر کو تین شاخوں کے ذریعہ سے جو اسکی بیرونی شاخ میں سے نکلتے ہیں رسد پہنچاتا ہے (۲) بیرونی دو عضلات قطعیہ (lumbricales) کو اسکی اندرونی شاخ سے رسد پہنچاتی ہے۔

حسی شاخیں۔ (۱) کلائی میں کوئی شاخ نہیں نکلتی۔ (۲) ہاتھ کو جو شاخیں جاتی ہیں وہ یہ ہیں۔ (۱) کفی جلدی (palmar cutaneous) شاخ پونچھ کے عین اوپر سے نکلتی ہے اور ابهامی افرازی کی جلد اور پتیلی کو وسطی بیکر تک رسد پہنچاتی ہے (۲) بیرونی انتہائی شاخ انگوٹھے (اندرونی اور بیرونی جانب کو) اور انگشت اشاریہ کی بیرونی جانب کو فروع بیتی ہے۔ (۳) اندرونی انتہائی (inner terminal) انگشت اشاریہ کی اندرونی جانب اور وسطی کی دونوں طرفوں اور انگشت اشاریہ کی کعبیہ جانب کو رسد پہنچاتی ہے۔

اصبعی شاخیں سوائے انگوٹھے کی شاخوں کے جس انگلی کو رسد پہنچاتی ہیں اس کے سرے کے

و سلامیات کی پشت کو بھی شاعین مصیبتی ہیں۔

عصب وسطی کے تقریر سے مندرجہ ذیل سریری مظاہر پیدا ہوتے ہیں بشرطیکہ ضرر مکمل ہو

اور کہنی کے اوپر واقع ہو۔ (۱) اکباب (pronation) زائل ہو جاتا ہے۔ (۲) پوہنیے پر کی خم کردگی بہت کمزور ہو جاتی ہے اور صرف عضلہ قابضہ رنغیہ زندیہ سے ہی عمل میں آتی ہے جسکو عضلہ باطلہ طیلہ (supinator longus) اور عضلہ باسطہ بعد رنغیہ متا (extensor ossis metacarpi pollicis) کے اتحاد عمل سے مدد ملتی ہے۔ (۳) انگوٹھے انگشت اشاریہ اور وسطی کی خم کردگی زائل ہو جاتی ہے، مگر عضلہ قابضہ عقیدہ سے انگشت اشاریہ اور چھٹگی کی خم کردگی کچھ سکتی ہے۔ بہت کم ایسا ہوتا ہے کہ عصب زندی سے وسطی کے غمتی وتر کو ایک چھوٹی سی شاخ جاتی ہے۔ اس حالت میں اسی انگلی میں خم کردگی کی طاقت موجود رہتی ہے۔ انگشت اشاریہ کو خمیدہ کرتے وقت اگر اس انگلی میں کچھ حرکت واقع ہو تو اس سے مشاہدہ کو مغالطہ نہ ہونا چاہئے۔ یہ حرکت بعض اوقات ان دونوں انگلیوں کے اتار باسطہ کے درمیان صفاتی بند کے کچھنے سے پیدا ہوتی ہے۔ ڈیجیٹرائٹ (Dejérine) کا کاشف عصب وسطی کا مثل ظاہر کرنے کے لئے مریض کو پوہنیچے اور انگلیوں کی خم کردگی کرنے کو کہنے سے عمل میں لایا جاتا ہے۔ جب مریض ایسا کرتا ہے تو انگشت اشاریہ میں بست کردگی واقع ہو جاتی ہے۔ جب مریض مضی بند کرتا ہے تو اسکا انگوٹھا خم کردگی اور تقابل کی متحدہ حرکت کرنے کی بجائے بسطہ کردگی کی حالت میں رہتا ہے۔ (۴) کوئی ایسی میزہ ہئیت نہیں جو اس ضرر کی منظر ہو۔

اگر تقریر کلائی کے نیچے حصہ میں واقع ہو تو مذکورہ بالا حرکتوں میں سے اکثر برقرار رہتی ہیں لیکن ابہامی افزا زنبول ہو جاتا ہے اور عضلہ مبعده ابہامیہ اور عضلہ مقابلہ مشلول ہو جاتے ہیں۔ مگر انکے افعال کا بدل جلدی قائم ہو جاتا ہے اور اسلئے بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ قائم ہی ہیں۔ بہر کیف اگر ان ماسعی کا تجزیہ کیا جائے جو مریض تقابل کے لئے کرتا ہے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ وہ انگوٹھے اور انگلیوں کی خم کردگی سے اپنا مقصد حاصل کرتا ہے۔

حسی نقصان تقریباً اسی رقبہ پر پایا جاتا ہے جسکو یہ رسد پہنچتا ہے لیکن اس کے

حاشی کے قریب عدم حسیت کی جگہ بعض اوقات ناقص حسیت (hypoesthesia) پائی جاتی ہے۔

صحت نامہ

صحیح	غلط	صحیح	غلط	صحیح	غلط
متہیج	متہیج	۲۳ ۹۸	۱ ۱	الحلقی	الطلاقی
aqueductus	aqueductus	۱۰ ۱۱۳	۸ ۷	چاہئے	چاہئیں
کردیتی	کردی	۲۵ ۱۳۱	۳ ۳	اتصال	اتصال
ورید	ورید	۲ ۱۳۶	۲۳ ۲۳	بوسیدگی	ذبول
(ب)	(۲)	۶ ۱۴۵	۱۶ ۳۶	دماغ	دماغ
رباط	باط	۲۵ ۱۵۸	۳۳ ۳۹	ظہر السرج	ظہر السراج
hyoglossus	hyopglossus	۱۵ ۱۹۸	۶ ۴۲	ہیں	ہیں -
اوپری	اوپرا	۷ ۷	۲۳ ۵۲	شعاع الفاظ	شعاع الفاظ
اذینی	اذینی	۱۶ ۲۲۸	۱۴ ۶۴	==	-
حذف کردیا جائے	عضلہ منخرقہ (م-م)	۲۰ ۲۲۹	۴ ۶۵	raphe	raphi
اکثر	کثر	۱۲ ۲۳۱	۳ ۷۹	متہیج	متہیج
وریدوں	وریوں	۱۶ ۷	۲۰ ۸۲	اور	ور
لوزہ	لوزو	۳ ۲۳۲	۱ ۹۴	جہی شلل	جہی استرخا

صحیح	غلط	۳۰	۳۱	صحیح	غلط	۳۰	۳۱
biceps	diceps	۱۳	۳۸۳	اور	آور	۳	۳۳۳
مدبجہ)	مدبجہ	۹	۳۸۵	درمیان کے	درمیان کی	۱۲	۳۳۶
پھینکتے	پھینکتے	۱۲	۳۸۸	abdominis	obdominus	۹	۳۳۲
طبعی ہو،	طبعی ہو،	۱۹	۳۹۳	ہوں	ہیں	۹	۳۳۳
ترجیع	ترجیع	۷	۳۹۹	بغل	بغلی	۵	۳۳۵
ہول	بول	۲	۳۰۶	مسدود	مسدود	۷	۷
باطح طویلہ	فوقانی طویلہ	۳۱	۳۱۷	پستانی	پستا	۲۳۶	پستانی
پونچے	پہونچے	۱۳	۳۳۰	مفاصل	مفاصل	۱۱	۳۳۷
درمیان پایا جاتا ہے۔	درمیان	۱۶-۱۵	۳۳۹	غضروف	غضروف	۲۱	۷
کلاب نما	کلاب نما ہڈی	۱۵	۳۴۰	رٹوی سکتے	رٹوی سکتے	۱۸	۳۵۰
شکنوں	شکنوں	۲	۳۴۱	دوران	دوران	۴	۳۵۷
ہوتے ہیں (تھوڑی)۔	ہوتے ہیں۔	۷	۳۵۷	brachialis	brachialis	۲۵	۳۶۳
کا	کا۔	۱۱	۳۶۱	آگے	آگے	۱۳	۳۶۷
دالیہ)	دالید	۱۳	۳۷۲	جاتا	جانا	۱۷	۷
extensor	xtensor	۹	۳۷۳	فقید المثال	فقید المثال	۲۷۰	۲۷۰

